

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Educação de Beja
Mestrado em Psicogerontologia Comunitária

Projeto de Intervenção
Satisfação de Vida e Apoio Domiciliário em Gerontes
na Comunidade

Francisco Xavier Martins Balancho

Beja
2017

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Educação de Beja
Mestrado em Psicogerontologia Comunitária

Projeto de Intervenção
Satisfação de Vida e Apoio Domiciliário em Gerontes
na Comunidade

Projeto de Mestrado apresentado na Escola Superior de Educação
do Instituto Politécnico de Beja

Elaborado por: Francisco Xavier Martins Balancho
Orientado por: Professora Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria

Beja
2017

À minha namorada...

Agradecimentos

Ao terminar esta etapa, quero deixar o meu agradecimento a todos aqueles que me acompanharam, apoiaram e contribuíram para a realização deste trabalho.

À professora Doutora Maria Cristina Faria, orientadora deste estudo, pela disponibilidade, apoio e orientação demonstrados ao longo da realização deste trabalho.

À Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva e à Comfort Keepers, pela possibilidade que me deram de realizar este trabalho com os seus utentes e clientes.

Aos meus colegas de mestrado, e em especial ao meu colega José Rodrigues, que me acompanharam nesta etapa e pela ajuda prestada.

A todos os professores do Mestrado em Psicogerontologia Comunitária, pelos conhecimentos transmitidos.

Aos meus avós e aos meus pais, pelo amor, amizade, apoio, incentivo e motivação ao longo da minha vida.

Queria ainda realçar a pessoa mais importante na conclusão desta etapa da minha vida, a minha namorada Clarisse.

A todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a elaboração e conclusão desta etapa.

Resumo

Orientada para a prática e enquadrada numa perspetiva de investigação-ação, a presente investigação teve como principal objetivo analisar a satisfação de vida e o apoio domiciliário em idosos na comunidade para delinear estratégias de intervenção, no sentido de agilizar a resposta social de apoio domiciliário. Para a realização deste estudo foi utilizada uma metodologia de investigação qualitativa e quantitativa, de carácter exploratório e transversal. Participaram neste estudo pessoas selecionadas intencionalmente, nomeadamente: cinco clientes de uma empresa privada de apoio a gerontes e cinco de uma instituição particular de solidariedade social. Os instrumentos de avaliação utilizados foram: a entrevista semiestruturada sobre saúde mental e bem-estar em idosos, o inventário de saúde mental adaptado do *Mental, Health Inventory* (Ribeiro, 2001) e o WHOQOL-OLD adaptado para a população portuguesa (adaptado de Faria (2000)).

Os resultados obtidos mostraram que, de um modo geral, os participantes estão, em grande maioria, satisfeitos com o apoio domiciliário. Os utentes da instituição alegam, no entanto, que este serviço deveria ser mais extenso. Quanto aos clientes da empresa alegam que o serviço é caro.

Ao aplicar o inventário de saúde mental, verificou-se que os participantes da empresa têm uma melhor saúde mental, uma vez que três não apresentam qualquer sintomatologia ao nível da sua saúde mental e dois estão na bitola de sintomas moderados. Quanto aos utentes da instituição, três participantes apontam para sintomas moderados e dois para sintomas graves, ao nível da avaliação da saúde mental.

O inventário de avaliação da qualidade de vida identifica uma melhor saúde mental dos clientes da empresa, uma vez que três não apresentam qualquer sintomatologia ao nível da sua saúde mental e dois estão na bitola de sintomas moderados. Quanto aos utentes da instituição, três participantes apontam para sintomas moderados e dois sintomas graves, ao nível da avaliação da saúde mental.

A investigação realizada possibilitou uma melhor compreensão sobre a especificidade do apoio domiciliário no Alentejo e contribui para refletir sobre estratégias de intervenção neste domínio. A partir destas informações, delineou-se uma proposta de projeto de intervenção denominada “Em casa é possível!”, com o intuito de melhorar o dia-a-dia dos idosos e famílias, no Alentejo. O projeto de intervenção visou, ainda,

uma perspectiva de intervenção conjunta, considerando três vertentes: geronte, família e comunidade.

Palavras-chave: gerontes, envelhecimento, apoio domiciliário, satisfação com a vida, qualidade de vida.

Abstract

Based on a research-action perspective, the main objective of the present research was to analyze life satisfaction and home support in the elderly in the community in order to delineate intervention strategies in order to streamline the social response of home support. For the accomplishment of this study a qualitative and quantitative research methodology, of exploratory and transversal character was used. Participants in this study were intentionally selected persons, namely: five clients of a private company of support to gerontes and five of a private social solidarity institution. The evaluation tools used were: the semi-structured interview on mental health and well-being in the elderly, the mental health inventory adapted from the Mental, Health Inventory (Ribeiro, 2001) and the WHOQOL-OLD adapted for the portuguese population (adapted from Faria (2000)).

The results showed that, in general, the participants are, in large majority, satisfied with the home support. The users of the institution nevertheless claim that this service should be more extensive. As for the company's customers claim that the service is expensive.

When applying the mental health inventory, it was found that the participants of the company have a better mental health, since three do not present any symptomatology in the level of their mental health and two are in the gauge of moderate symptoms. As for the patients of the institution, three participants point to moderate symptoms and two to severe symptoms, in the evaluation of mental health.

The quality of life assessment inventory identifies a better mental health of the company's clients, since three do not present any symptomatology in terms of their mental health and two are in the gauge of moderate symptoms. As for the patients of the institution, three participants point to moderate symptoms and two serious symptoms, in the evaluation of mental health.

The research made possible a better understanding of the specificity of home support in the Alentejo and helps to reflect on intervention strategies in this area. Based on this information, a proposal for an intervention project called "At home is possible!" Was designed to improve the day-to-day life of the elderly and their families in Alentejo. The intervention project also aimed at a perspective of joint intervention, considering three aspects: geronte, family and community.

Key words: gerontes, aging, home support, satisfaction with life, quality of life.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE GERAL.....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiv
ÍNDICE DE TABELAS.....	xv
ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	xvi
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1. Psicogerontologia Comunitária	4
1.1. Psicologia.....	4
1.2. Gerontologia.....	6
1.3. Comunidade	6
2. Aspetos Inerentes à Psicogerontologia Comunitária	7
2.1. Aspetos Psicológicos	8
2.2. Aspetos Biocomportamentais	9
2.3. Aspetos Sociais	11
3. Envelhecimento em Portugal	13
3.1. Envelhecimento Demográfico	13
3.2. Caracterização Sociodemográfica na Área Geográfica do Alentejo	15
3.3. Movimento da População	18
4. Organizações Sociais na Área do Envelhecimento	20
4.1. Gestão das Organizações na Área do Envelhecimento	20
4.2. Políticas Sociais para o Envelhecimento	22
5. Apoio ao Envelhecimento na Comunidade.....	24
5.1. A Problemática da Discriminação Social das Pessoas Mais Velhas	24
5.2. Promoção da Saúde Mental no Envelhecimento	26
5.3. Promoção da Satisfação/Qualidade de Vida dos Gerontes na Comunidade	26
5.4. Apoio Domiciliário	28
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	31

6. Metodologia.....	31
6.1. Contextualização e Propósito da Investigação	31
6.1.1. Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva (FMIVPS)	32
6.1.2. Comfort Keepers (CK).....	34
6.2. Desenho da Investigação	37
6.3. Participantes.....	37
6.4. Instrumentos e Tratamentos dos Dados.....	38
6.5. Procedimentos.....	40
7. Apresentação dos Resultados	41
7.1. Caracterização dos Participantes	41
7.2. Entrevistas e Inquéritos	42
7.2.1. Entrevistas Semiestruturadas sobre Saúde Mental e Bem-estar	42
7.2.2. Inventário de Saúde Mental.....	57
7.2.3. Inventário de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-OLD	67
8. Discussão dos Resultados	78
PARTE III – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	85
9. Proposta de Projeto de Intervenção	85
9.1. Fundamentação do Projeto de Intervenção	85
9.2. Público-alvo.....	86
9.3. Profissionais Envolvidos no Projeto	86
9.4. Planificação da Intervenção.....	86
9.5. Avaliação do Projeto	87
Conclusão	89
Referências Bibliográficas.....	92
Anexo A.....	102
Anexo B.....	107
Anexo C	117
Apêndice A.....	122
Apêndice B	124

Índice de Figuras

Figura 1. Pirâmide da atividade física.....	11
Figura 2. Principais fatores que condicionam o estado nutricional dos idosos	13
Figura 3. Triângulo do bem-estar	21

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Inventário de saúde mental referente ao P1.	57
Gráfico 2. Inventário de saúde mental referente ao P2.	58
Gráfico 3. Inventário de saúde mental referente ao P3.	59
Gráfico 4. Inventário de saúde mental referente ao P4.	60
Gráfico 5. Inventário de saúde mental referente ao P5.	61
Gráfico 6. Inventário de saúde mental referente ao P6.	62
Gráfico 7. Inventário de saúde mental referente ao P7.	63
Gráfico 8. Inventário de saúde mental referente ao P8.	64
Gráfico 9. Inventário de saúde mental referente ao P9.	65
Gráfico 10. Inventário de saúde mental referente ao P10.	66
Gráfico 11. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P1.	67
Gráfico 12. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P2.	68
Gráfico 13. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P3.	70
Gráfico 14. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P4.	71
Gráfico 15. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P5.	72
Gráfico 16. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P6.	73
Gráfico 17. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P7.	74
Gráfico 18. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P8.	75
Gráfico 19. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P9.	76
Gráfico 20. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P10.	77
Gráfico 21. Representação gráfica dos totais dos participantes, referente ao inventário de saúde mental.	78
Gráfico 22. Representação gráfica dos totais dos participantes, referente ao inventário de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-OLD.	81

Índice de Tabelas

Tabela 1. População residente segundo os Censos: total e por grupo etário	16
Tabela 2. População residente do sexo feminino e masculino segundo os Censos: total e por grandes grupos etários	17
Tabela 3. População residente segundo os Censos e óbitos de residentes, em Portugal e no Alentejo Central	19
Tabela 4. População residente segundo os Censos e nados-vivos de mães residentes, em Portugal e no Alentejo Central	19
Tabela 5. População em período fértil e nados-vivos de mães residentes, em Portugal e no Alentejo Central.....	20
Tabela 6. Caraterização dos participantes.	41
Tabela 7. Resumo das respostas dadas pelos participantes na entrevista de avaliação neuropsicológica.	55
Tabela 8. Cronograma de atividades a realizar no projeto de intervenção.	87

Acrónimos e Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde;

ARS – Administração Regional de Saúde;

CK – Comfort Keepers;

DGS – Direção Geral de Saúde;

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados;

FMIVPS – Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva;

GNR – Guarda Nacional Republicana;

IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional;

INE – Instituto Nacional de Estatística;

INSEAD – Instituto Europeu de Administração de Empresas;

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

PIAE – Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento;

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental;

TBM – Taxa Bruta de Mortalidade;

TBN – Taxa Bruta de Natalidade;

TFG – Taxa de Fecundidade Geral.

Introdução

O envelhecimento é um fenómeno mundial. Segundo a previsão da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos (OMS, 2001a). Também em Portugal se verifica o mesmo cenário; de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), relativamente às projeções para os próximos 50 anos, o índice de envelhecimento da população aumentará de forma sustentada. Ocorrerá uma redução da proporção de jovens e ocorrerá um aumento considerável da percentagem de população com 65 ou mais anos de idade (INE, 2009). Trata-se, por isso, de um fenómeno que é essencial ser abordado de forma multidisciplinar, na medida em que se trata de um fenómeno complexo e dinâmico.

Dada a tendência para o crescimento da população idosa, Portugal enfrenta, atualmente, uma realidade que começa a ganhar um impacto social relevante, originando uma enorme afluência a respostas sociais existentes. Este facto veio criar na sociedade várias necessidades a nível comunitário para melhor atender às necessidades deste grupo populacional (Paúl e Fonseca, 2005). Salienta-se, ainda, que aliado a este aumento de necessidades, existe uma exigência da sociedade em promover um envelhecimento associado ao conceito de bem-estar e de qualidade de vida (Sousa *et al.*, 2003).

Fruto de um enorme avanço, a nível tecnológico, económico e social, a sociedade ocidental criou uma exigência qualitativa quanto às respostas sociais (Rosa, 1999). O apoio domiciliário é um bom exemplo dessa exigência; trata-se de um serviço bastante valorizado pela população idosa, já que permite a permanência no ambiente natural, reconhecendo-se, deste modo, a importância atribuída à sua habitação e à comunidade envolvente e, por isso, é um serviço que possibilita a preservação de laços familiares. É assim considerado uma tendência atual a manutenção dos idosos no domicílio, tendo em conta a sua preferência em permanecer na sua casa (Lage, 2005). Não obstante, o apoio domiciliário não deve ser apenas da responsabilidade da família, as políticas sociais têm de responsabilizar, também, os serviços de apoio especializados para que, dessa forma, seja salvaguardado o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos (Karsch, 2003).

O estudo da qualidade de vida nos idosos é recente, no entanto, face ao acentuado envelhecimento populacional, a manutenção da qualidade de vida dos idosos adquiriu

um significado especial. O conceito de qualidade de vida apresentado pela OMS (2001a) remete-nos para o estudo da qualidade de vida segundo vários aspetos; é um conceito amplo, subjetivo e complexo que inclui aspetos biocomportamentais, psicológicos, sociais, crenças e convicções pessoais e a sua relação com o meio ambiente. Inicialmente, o estudo da qualidade de vida era baseado unicamente com uma avaliação de técnicos, habitualmente feitos por médicos, contudo, sofreu uma evolução até aos dias de hoje, onde a avaliação se centra unicamente no idoso de forma multidisciplinar (Paúl e Fonseca, 2005).

A qualidade de vida no envelhecimento é influenciada por fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo. Na velhice, sofrem-se grandes transformações a todos os níveis, são transformações suscetíveis de afetar significativamente a saúde mental do idoso. Barreto (1984) aponta fatores e condicionantes responsáveis pelas perturbações mentais (o isolamento, a adaptação a um novo ambiente, o reajustamento de rotinas); nesses fatores o apoio domiciliário pode interferir de forma positiva, atenuando as consequências dos mesmos.

Este estudo versa sobre psicogerontologia comunitária no Alentejo, uma vez que há neste tipo de trabalhos a ideia de se focar apenas os idosos e a sua felicidade momentânea; optou-se aqui por uma visão de perspetiva tridimensional, leia-se: psicológica, social e biocomportamental sobre apoio domiciliário.

Assim, os objetivos gerais deste estudo incluem a obtenção de elementos que contribuam para a fundamentação teórica do fenómeno do envelhecimento e das respostas sociais adequadas, permitindo aprofundar o conhecimento sobre esta realidade social; e desenvolver um trabalho que revista um duplo interesse para entidades públicas e privadas e para os próprios idosos, famílias e sociedade. Como objetivos específicos, o estudo abrange a identificação das vivências de vida dos idosos, o conhecimento da saúde mental em idosos e a avaliação da satisfação de vida.

Este estudo tem como questão de partida a Satisfação de Vida e Apoio Domiciliário em Gerontes na Comunidade. Esta questão aborda diretamente a satisfação de vida dos idosos e também as políticas de forma indireta, ou seja, a forma como as políticas sociais são aplicadas no Alentejo. Para a realização, utilizou-se a metodologia de investigação qualitativa e quantitativa, através do estudo de caso de carácter exploratório transversal e que teve como base a investigação-ação.

O presente estudo inicia-se com uma parte concetual, Parte I – Enquadramento Teórico, na qual são abordadas as temáticas da psicogerontologia comunitária, do envelhecimento e envelhecimento ativo, discriminação social, organizações sociais, satisfação e qualidade no envelhecimento e apoio domiciliário. Posteriormente, é realizada uma parte prática, Parte II – Estudo Empírico, onde é abordada a metodologia utilizada, o propósito e delimitação da problemática, os instrumentos e técnicas de recolha de dados, os procedimentos empregues e os resultados obtidos através do estudo efetuado, permitindo, assim, através da concretização da investigação, compreender a realidade estudada. Por fim, na última parte do trabalho, Parte III – Proposta do Projeto de Intervenção, apresenta-se um projeto de intervenção designado por “Em Casa é Possível!”, com base nos resultados obtidos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Psicogerontologia Comunitária

Para melhor compreender o conceito de psicogerontologia comunitária é fundamental subdividir este conceito em três conceitos principais: a psicologia, a gerontologia e a comunidade.

1.1. Psicologia

A psicologia é o estudo científico do comportamento e da mente em termos de organização e diversidade e tem como função construir um corpo coerente de enunciados, empiricamente fundamentados, de forma a explicar o comportamento e a organização mental das pessoas e proporcionar previsões corretas (Pinto, 2001). De acordo com o dicionário técnico de psicologia, o termo psicologia é definido como a ciência que procura compreender a natureza do Homem: os seus desejos, esperanças, medos, aptidões e limitações. A psicologia tenta descobrir porque é que as pessoas fazem as coisas que fazem, tenta compreender a capacidade humana de adaptação ao seu meio, a natureza da inteligência do Homem, as causas originais dos seus conflitos internos, o seu comportamento como animal social (Cabral e Nick, 2006).

De acordo com Pinto (2001), a psicologia apresenta diferentes perspetivas:

- Biológica: corresponde à ativação de circuitos neuronais do cérebro, lesões cerebrais provocadas pelo parto, alterações cromossomáticas ou genéticas e presença ou ausência de certo nível hormonal no organismo;
- Comportamental: referente a gestos e expressões faciais;
- Cognitiva: remete para experiências passadas, o modo como o indivíduo as organiza, representa e manifesta; a forma como tais vivências afetam a maneira de pensar e raciocinar em situações específicas;
- Sociocultural: que é a pertença a grupos sociais, meio residencial, contextos em que há ou não público (os acessos de ira são raros na ausência de público);

- Psicanalítica: são os conflitos parentais não resolvidos na infância; traumatismos de natureza sexual reprimidos pela pessoa para evitar a ansiedade daí resultante, podendo irromper inesperadamente;
- Fenomenológica: referente à história de vida da pessoa, tendo em atenção os ultrajes e afrontas vividos, a imagem que tem de si própria e o controlo que julga ter sobre as situações.

Segundo Pasquali (2001) *in* Noronha *et al.* (2007), verificou-se, ao longo dos anos, um aumento da necessidade de se avaliar os domínios psicológicos de forma precisa, para que sejam aplicadas decisões adequadas em vários âmbitos profissionais. Têm sido realizados diversos estudos psicológicos com enfoque na população sénior.

Para a população em geral, Rubenstein e Shaver (1982) *in* Neto (2000), através de um inquérito, encontraram quatro sintomas que as pessoas diziam ter quando estão sós: desespero, depressão, aborrecimento impaciente e auto depreciação; sendo que, ligados a estes aparecem outros como: terror, desamparo, abandono...

Segundo Fernandes (2000), a depressão no idoso relaciona-se com o contexto social em que este está inserido. A mesma autora realizou um estudo com o objetivo de conhecer diversos aspetos da depressão no idoso de uma zona rural. Analisou três grupos de idosos: idosos internados, idosos utentes do centro dia, e idosos residentes no domicílio. Verificou que apesar de em todos os grupos a maior concentração ser de não deprimidos, o grupo de deprimidos foi maior no grupo de idosos internados (38,46%), médio no grupo de idosos utentes do centro de dia (32,00%) e menor no grupo de idosos residentes no domicílio (22,36%).

Neto (1993) *in* Melo e Neto (2003) refere que a satisfação com a vida está diretamente ligada à solidão. Estudos empíricos comprovaram que as pessoas que estão mais satisfeitas com a vida encontram-se habitualmente melhor adaptadas e libertas de patologias.

Segundo Ramos (2002), a proximidade com outras pessoas pode levar à adoção de hábitos saudáveis e, dessa forma, contribuir para o aumento de um sentido de controlo pessoal, atuando no seu bem-estar psicológico.

Também Fernández-Ballesteros (2009) concluiu que a atividade cognitiva diária e as atividades sociais e de lazer têm um efeito positivo no funcionamento cognitivo e são um escudo protetor contra o desgaste cognitivo.

1.2. Gerontologia

No século XX, no Ocidente, cuidar dos idosos tornou-se uma especialidade, iniciando-se como ciência, embora trabalhos precursores tenham sido realizados no século XIX. Com efeito, na década de 30, a inglesa Marjorie Warren desenvolveu uma abordagem específica do idoso, no controlo de pacientes crónicos, em Londres. No mesmo século, o russo Metchnikoff apresentou um tratado, onde correlacionava idoso a um tipo de autointoxicação e, nesse momento, referiu-se, pela primeira vez, à palavra gerontologia. Ainda nesse século, Nascher, geriatra americano, nascido em Viena, criou o termo geriatria, um ramo da Medicina que trata das doenças que podem acometer os idosos. Mais tarde foi criado o termo Gerontologia, como um ramo da ciência que se propõe a estudar o processo do idoso nos seus aspetos bio-psico-sociais e os múltiplos problemas que possam envolver o ser humano (Beauvoir, 1990).

Assim, o conceito de gerontologia é um conceito novo e aborda o estudo do envelhecimento humano e das pessoas mais velhas; tem uma visão integrada do envelhecimento que agrega os contributos de várias áreas científicas. A gerontologia cria abordagens e modelos explicativos sobre o ser humano e o seu curso de vida (Paúl e Ribeiro, 2015). No dicionário técnico de psicologia, o termo gerontologia é definido como um estudo relativo aos gerontes. Os seus métodos são de várias abordagens, nomeadamente: a abordagem antropológica, antropométrica, social, psicológica e médica (Cabral e Nick, 2006).

Posto isto, as perspetivas na área da gerontologia, servem para explicar e sistematizar os fenómenos que se observam e, assim, levantar hipóteses e fundamentar intenções, daí o seu carácter essencial para o desenvolvimento científico. Sendo a maioria da investigação teórica na área da gerontologia, verifica-se um uso crescente de perspetivas teóricas o que comprova um certo aumento de notoriedade e respeitabilidade com esta temática (Paúl e Ribeiro, 2015).

1.3. Comunidade

O conceito de comunidade pode ter vários significados, de acordo com o contexto em que se insere, mas existe uma característica que é comum em todos os contextos: é a presença de uma dada semelhança que lhe vai conferir uma identidade ao sistema designado por

comunidade, que vai determinar uma fronteira entre os elementos que lhe pertencem e os que não lhe pertencem (Carmo, 2007).

Este conceito continua a carecer de uma definição precisa devido à multiplicidade de sentidos atribuídos à palavra e às conotações emotivas que geralmente lhes estão associadas. Pode ser usada para descrever unidades sociais que variam de aldeias, conjuntos habitacionais e vizinhanças locais e até grupos étnicos, nações e organizações internacionais. O que une uma comunidade não é a sua estrutura mas sim um estado de espírito – um sentimento de comunidade. É uma dimensão subjetiva que torna o conceito de comunidade alvo de análise sociológica, uma vez que os limites de qualquer grupo com autoidentificação, da perspetiva do que está dentro são, normalmente, fluidos e intangíveis, em vez de fixos e finitos (Thomson, 1996).

Alguns estudos classificam o sentimento de comunidade definindo-o como um sentimento de pertença a uma comunidade por parte dos seus membros (McMillan e Chavis, 1986; Davidson e Cotter, 1991; Cicognani e Zani, 2006).

O sentido de comunidade está relacionado com vários índices de qualidade de vida do quotidiano, tais como a satisfação com a vida (Albanesi *et al.*, 2007).

2. Aspetos Inerentes à Psicogerontologia Comunitária

Deve, ainda, ter-se em conta os aspetos inerentes a estes conceitos relativos ao envelhecimento, nomeadamente: os aspetos psicológicos, os aspetos biocomportamentais e os aspetos sociais.

Vivemos numa sociedade anacrónica que valoriza as pessoas produtivas, do tipo sociedade industrial, contudo, estamos, atualmente, numa sociedade de conhecimento. Este anacronismo faz com que os mais velhos, de pouca escolaridade e poucos rendimentos, se sintam inúteis. A nossa sociedade não prepara as pessoas para a etapa pós trabalho; quando a etapa do trabalho acaba, os mais velhos sentem dificuldades de adaptação aos novos papéis (Rosa, 2012).

2.1. Aspetos Psicológicos

É de todo necessário abordar os processos inerentes aos aspetos psicológicos. Os processos emocionais estão diretamente associados à perspetiva de envelhecimento bem-sucedido, que *“tem subjacente um conjunto de princípios que sustentam a necessidade de os idosos passarem a ser vistos como “pessoas a desenvolver” e não como “problemas a resolver”* (Fonseca, 2015:94).

Os processos cognitivos são extremamente complexos e heterogéneos em termos intra e interpessoais, baseados em ganhos e perdas ao longo da vida. Logo, a satisfação com a vida durante a velhice passa por deixar de pensar no que falta e valorizar o que ainda se tem, valorizar coisas simples como: poder andar, poder ler, poder ouvir música, poder sair de casa, ter projetos de vida, ter família para visitar... (Fonseca, 2015).

Nos processos de personalidade, *“a personalidade do adulto e do idoso tem de ser compreendida numa perspetiva mais vasta e abrangente, por referência a todo o curso de vida, e numa perspetiva contextual e pluralista em que sejam tidas em consideração as suas diferentes dimensões e níveis”* (Lima, 2015:136).

Nos processos adaptativos destacam-se temas como: o *stress*, o *coping* e a resiliência. As estratégias de *coping* têm a ver com a forma como o indivíduo lida com uma situação que percebe como sendo stressante, ou seja, são esforços cognitivos e comportamentais que o indivíduo desenvolve para responder às exigências de uma situação que considera que exige recursos superiores àqueles de que se dispõe. A permanente exposição do idoso às mudanças decorrentes do processo de envelhecimento pode desencadear respostas neurológicas e comportamentais disfuncionais na medida em que estas mudanças são caracterizadas por situações novas, imprevisíveis, onde o idoso não tem controlo. Para além disso, existe nas sociedades uma certa atitude discriminatória face aos idosos, os idosos são vistos como pessoas descartáveis, o que vai provocar uma insegurança no seu comportamento social. A avaliação que o indivíduo faz a seu respeito influencia de forma negativa ou positiva a reação perante situações stressantes, logo, a magnitude do seu impacto será diferente consoante a pessoa em questão. Pode encontrar-se dois pontos que estão forçosamente interligados: o indivíduo, por um lado, e a natureza do evento, por outro. Perante um problema que pode ser expressado com sentimentos de medo e ansiedade, uma pessoa tenta agir de forma a combater esses sentimentos, a isso chama-se estratégias de *coping* e pode passar por tentativas de manipular situações ou necessidades stressantes, independentemente dos resultados. O *coping* modifica, de alguma forma, a evolução do

stress, seja evitando a situação ou confrontando-a. As estratégias de *coping* podem ser analisadas de duas formas: centradas no problema ou centradas na emoção. As estratégias de *coping* centradas no problema são todas as tentativas do indivíduo em modificar o problema, seja pela tentativa de remover o problema ou pela diminuição da capacidade de impacto da fonte stressora. As estratégias de *coping* centradas na emoção são processos defensivos onde a pessoa evita de forma realista a ameaça. Para além das questões individuais e circunstanciais que influenciam a reação perante as situações stressantes, existe quase uma unanimidade dos autores desta área no que diz respeito à maturidade que os idosos demonstram face a situações stressantes em comparação com os mais novos. Ou seja, os idosos têm uma resistência para as adversidades que os mais novos não têm. No entanto, existem evidências de que as estratégias de *coping* elaboradas para lidar com situações stressantes alteram-se com o avançar da idade, não como consequência do processo de envelhecimento, mas face às mudanças nas fontes de *stress* (Almeida, 2015).

2.2. Aspetos Biocomportamentais

Quanto aos aspetos biocomportamentais, onde se pode articular o envelhecimento (biologia), a nutrição e a atividade física, é aceite universalmente que o envelhecimento é um processo irreversível que afeta de modo progressivo os vários órgãos e sistemas, verificando-se um declínio quase linear de todas as funções a partir dos 30 anos, porém, o facto de o processo de envelhecimento ser mais lento para uns e mais rápido para outros tem sido alvo de vários estudos que indicam que uma atividade física regular e uma alimentação regrada podem retardar ou mesmo inverter este processo, prolongando a vida com mais qualidade (Costa *et al.*, 1999).

O envelhecimento biológico é, no fundo, a diminuição da capacidade funcional (senescência), uma fragilidade que aumenta a probabilidade de doenças. Autores como Almeida (2015) evidenciam no envelhecimento o declínio das funções dos organismos, dos órgãos e das células que os compõem. Este declínio é resultado da ocorrência de erros no metabolismo, da sua acumulação progressiva e da diminuição dos mecanismos de vigilância e reparação desses erros. Na perspetiva biológica, o envelhecimento encontra-se na própria essência dos processos celulares da manutenção da vida e da sua preservação face ao meio ambiente. Assim, morre-se das doenças inerentes ao envelhecimento e não do envelhecimento em si (Almeida, 2015).

O conceito de nutrição é relativamente recente, uma vez que apenas existia a noção de alimentação que estava ligada à quantidade e não à sua composição ou qualidade. Ou seja, de uma forma simplista a gordura estava associada a uma boa alimentação e a magreza estava associada a uma má alimentação (Almeida, 2015). A nutrição é, pois, um processo complexo pelo qual os organismos obtêm nutrientes e os utilizam para o seu crescimento, metabolismo e reparação. Nos mais velhos a nutrição assegura o metabolismo do organismo e exerce funções reparadoras, capazes de retardar o envelhecimento (Afonso *et al.*, 2015). Com o avançar da idade existem modificações que não são respeitadas. Muitos indivíduos com idade superior a 50 anos, em consequência de uma dieta pobre, não consomem a quantidade mínima e diária de vitaminas e minerais. O “mal-estar” desses indivíduos não é necessariamente resultado da idade, devendo-se, na maior parte das vezes, à alimentação deficiente e à falta de exercício (Seeley *et al.*, 2007). Assim, estão reunidas duas das principais categorias de fatores de risco: genéticos (idade) e comportamentais (má nutrição e inatividade física). A simbiose entre fatores de risco, como a idade e a má nutrição e a inatividade física, aumenta o risco de mortalidade prematura, doença cardíaca, hipertensão, cancro do cólon, diabetes tipo 2, osteoporose e ganho de peso. Contudo, um bom programa de atividade física e uma alimentação equilibrada podem retardar esta trajetória. As pesquisas que existem na área da saúde e bem-estar dos idosos concentram-se numa atuação reativa, nomeadamente focada nos serviços de saúde em detrimento de uma atuação ativa, que seria na direção da influência que a nutrição e atividade física têm na qualidade de vida dos idosos. Além disso, existem poucos estudos que avaliem os comportamentos de nutrição e atividade física de forma continuada no tempo (McNaughton *et al.*, 2012).

Quanto à atividade física, nunca se ouviu tantas vezes como hoje a frase: “*dar vida aos anos e não anos à vida*”. Para que esta frase se concretize é necessário que cada pessoa assuma a responsabilidade de praticar atividade física uma vez que, em termos de qualidade de vida, só a medicina não é suficiente. Uma atividade física regular é importante no sentido de diminuir a degeneração progressiva associada ao envelhecimento (Jorge *et al.*, 2015). A atividade física para os idosos centra-se em fatores como: a prevenção, a manutenção e a reabilitação. Estes fatores têm como objetivo principal a melhoria do bem-estar e a qualidade de vida da pessoa idosa. A pirâmide da atividade física (Figura 1) é uma importante ferramenta onde se pode observar atividades físicas não formais, atividades aeróbias de caráter mais formal ou planeado e atividades de força e flexibilidade (Carvalho e Mota, 2015).

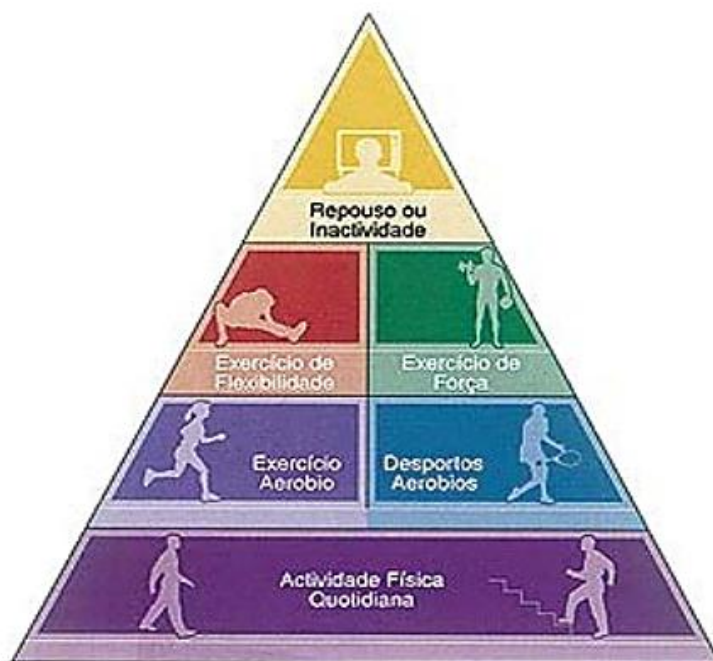


Figura 1. Pirâmide da atividade física (Barata (2003) *in* Neves, 2013:26).

Existem atividades que os idosos podem e devem realizar como: dança; jogos tradicionais; atividades aquáticas; caminhadas; exercícios localizados de reforço muscular, de flexibilidade, de equilíbrio, de coordenação, de relaxamento e respiratórios. É muito importante que exista uma combinação de atividades simples, atrativas e motivantes. Um conjunto de atividades variadas e regulares vai melhorar: a flexibilidade do idoso (calçar sapatos, subir e descer degraus, pentear o cabelo), a resistência aeróbia (sistema respiratório, cardiovascular e musculoesquelético) e o equilíbrio (caminhar, abrir a porta, tocar à campainha). É fundamental a realização de um exame médico-desportivo que permita, não só a avaliação da condição física do idoso, como também o despiste de possíveis contraindicações (Carvalho e Mota, 2015).

2.3. Aspetos Sociais

A componente social do envelhecimento, no sentido das variações socioeconómicas e geográficas abarcam fatores contextuais como: o rendimento, as condições de habitação, o emprego, a educação, a convivência e as atividades sociais. Existe pouca

pesquisa sobre variações socioeconómicas relativas a comportamentos para o grupo da população mais idosa, tendo em atenção eventos de vida típicos nesta fase da vida, como por exemplo: a reforma ou a perda de um familiar. No entanto, é ponto assente que comportamentos sociais variam de acordo com a posição socioeconómica (McNaughton *et al.*, 2012).

As pessoas que vivem em zonas rurais têm mais desvantagens socioeconómicas, uma vez que têm rendimentos inferiores e níveis de escolaridade baixos. Também a saúde das pessoas que vivem em zonas rurais é pior em comparação com os mais velhos das zonas urbanas; as zonas rurais têm taxas de mortalidade e morbilidade maiores. Mais, enfrentam desafios específicos que têm impacto sobre a saúde, como: o isolamento social, o acesso limitado aos transportes, instalações e serviços. No fundo, as zonas rurais têm sofrido na pele o êxodo rural, fruto da combinação da imigração para as cidades e a emigração para o exterior (McNaughton *et al.*, 2012).

Uma atividade física nos mais velhos pode ajudar a tornar os idosos mais dinâmicos e a possibilitar-lhes um papel mais ativo na sociedade. Além disso, as atividades em grupo aumentam as interações sociais e interculturais, permitindo a formação de novas amizades, diminuindo os estados de solidão; permite ainda a aquisição de um novo papel e o aumento da atividade intergeracional.

Existem fatores, a par da atividade física, que condicionam o estado nutricional dos idosos, nomeadamente: fatores fisiológicos, socioeconómicos/culturais, ambientais e neuropsicológicos (Figura 2) (Afonso *et al.*, 2015).

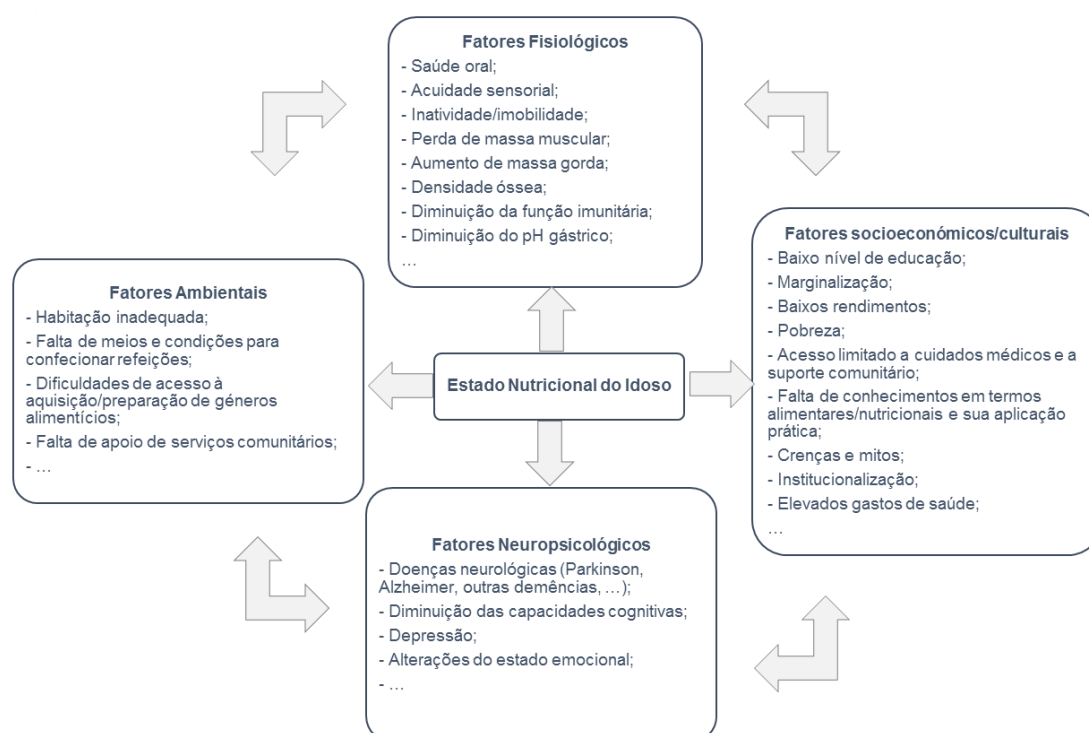


Figura 2. Principais fatores que condicionam o estado nutricional dos idosos (adaptado de Boyle e Morris, 1999 *in* Afonso *et al.*, 2015:44).

3. Envelhecimento em Portugal

3.1. Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento demográfico é, basicamente, o aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Autores como Rosa (2012) evidenciam causas como os *“significativos progressos médicos, científicos e sociais entretanto ocorridos, que implicam uma profunda modificação na estrutura da mortalidade (...) por um retardar do projecto de maternidade (...) o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, a terciarização da economia”* (Rosa, 2012:31-32). As consequências são a alteração significativa do nosso tecido humano, gerando uma mudança no perfil da sociedade, o chamado envelhecimento demográfico. Como já referenciado, segundo Nazareth (2004) deve-se ter atenção a dois grandes fenómenos demográficos: a natalidade e a mortalidade que, *“são antes de mais, processos biológicos que existem em todos os seres vivos”* (Nazareth, 2004:13). Posto isto, as probabilidades de morte

de um indivíduo estão relacionadas com as características biológicas e o seu modo de vida. Contudo, em países desenvolvidos (como é o caso deste projeto) não são estas as situações habituais, sendo mais importante dar atenção a fatores como: o nível de rendimento, o nível cultural, o clima e a atividade profissional. De realçar ainda que quando se analisa apenas o termo envelhecimento pode-se estar a apontar, pelo menos, para dois conceitos diferentes: envelhecimento individual e envelhecimento coletivo. O primeiro é um conceito que remonta a tempos antiquíssimos e tem a ver com o envelhecimento cronológico e biopsicológico. O segundo é um conceito mais recente, e refere-se ao envelhecimento demográfico e societal (Rosa, 2012).

O envelhecimento individual subdivide-se, por sua vez, em envelhecimento cronológico e envelhecimento biopsicológico. O envelhecimento cronológico é um processo universal progressivo, inevitável – ao que parece, inscrito nos genes. Segundo Rosa (2012) envelhecemos desde que somos concebidos, faz parte do processo de desenvolvimento do ser humano, ao qual ninguém com vida escapa. Quanto ao envelhecimento biopsicológico, é menos linear, não fixo em termos de idade porque é vivido por cada indivíduo de forma diferente, ou seja, ninguém sabe ao certo quando localizar o início das marcas mais significativas deste envelhecimento, pode ser aos 50 anos, aos 60, aos 70, depende de pessoa para pessoa, da sua vivência passada, hábitos, estilos de vida, género, condicionantes genéticas e da própria sociedade em que se vive.

A OMS (2002) define envelhecimento ativo *“como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”*. Segundo a OMS (2002), ser ativo *“refere-se a participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas (...) podem continuar a contribuir ativamente para os seus familiares, companheiros, comunidades e países”* (OMS, 2002 in Castilho, 2010:166).

Sendo que o conceito de envelhecimento ativo implica uma atuação multidisciplinar e interdisciplinar na promoção da saúde dos cidadãos mais idosos, o envelhecimento ativo é um espaço dinâmico, flexível e de atualização permanente, aberto a todos os cidadãos e parceiros institucionais que, nas sociedades ocidentais, concorrem para a promoção de uma melhor qualidade de vida da população com 60 e mais anos e das suas famílias. As pessoas idosas são agentes indispensáveis de uma sociedade

inclusiva, participativa, ativa e saudável e deve ser encarado o aumento da esperança média de vida, com saúde e independência, o mais tempo possível, como uma oportunidade e um objetivo a prosseguir.

3.2. Caracterização Sociodemográfica na Área Geográfica do Alentejo

Segundo os dados do INE (2016), em Portugal, a esperança de vida tem vindo a aumentar paulatinamente. No triénio 2003-2005, o número médio de anos que uma pessoa à nascença podia esperar viver era de 77,72 anos, passando para 80,41 anos no triénio 2013-2015. Nas mulheres este valor é mais elevado, tendo evoluído, no mesmo período, de 80,86 para 83,23 anos; nos homens, embora mais baixa, também aumentou, tendo passado de 74,35 para 77,36 anos.

De acordo com o INE (2016), continua a acentuar-se o envelhecimento demográfico devido, não só às alterações na dimensão e na composição por sexo e idade da população residente em Portugal, como em consequência da descida da natalidade, do aumento da longevidade e, mais recentemente, do impacto da emigração. Entre 2005 e 2015 verificou-se o fenómeno de transformação da habitual pirâmide etária triangular para uma pirâmide retangular, ou seja, a base da pirâmide apresentava um estreitamento, enquanto o seu topo se alargou. Neste período, o número de idosos (pessoas com 65 ou mais anos) aumentou 316 188, o número de jovens (pessoas com menos de 15 anos) diminui 208 148, e o número de pessoas em idade ativa (com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos) também reduziu em 278 698. Em 2005, por cada 100 jovens a residir em Portugal, residiam 109 idosos, valor que aumentou para 147 em 2015, desde 2000 que o número de idosos é superior ao de jovens.

A Guarda Nacional Republicana (GNR) (GNR, 2016) realizou, na sua área de atuação, durante todo o mês de abril de 2016, em todo o território nacional, mais uma edição dos “Censos Sénior”, com o objetivo de sinalizar a população idosa que vive sozinha e/ou isolada, informando, posteriormente, as entidades competentes das situações de potencial perigo. Durante a operação foram, ainda, realizadas ações de sensibilização para que esta população adote comportamentos de segurança que permitam reduzir o risco de se tornarem vítimas de crimes. Desde o ano de 2011, em que foi realizada a

primeira edição da operação “Censos Sénior”, têm sido sinalizados mais idosos a viverem sozinhos e/ou isolados ou em situações de vulnerabilidade. Na operação “Censos Sénior” de 2016 foram sinalizados 43 322 idosos, dos quais 26 000 vivem sozinhos (60%), 4 626 (11%) vivem isolados, 3 085 (7%) vivem sozinhos e isolados e 9 611 (22%) não se enquadram nas situações anteriores, mas em situação de vulnerabilidade, fruto de limitações físicas e/ou psicológicas. As sinalizações foram distribuídas geograficamente por distritos, comparativamente com o ano de 2015. No caso específico do Alentejo Central, nomeadamente Évora, verificaram-se 2 853, em 2015, e 2 837, em 2016.

Estes dados vêm reforçar a importância do estudo do envelhecimento e do cuidado ao idoso. É, portanto, necessário compreender quais são os mecanismos inerentes ao envelhecimento a fim de contribuir para uma melhor qualidade de vida dos idosos. O Alentejo é caracterizado demograficamente pelo envelhecimento da sua população e pelo facto de muitos dos indivíduos mais velhos da comunidade viverem sozinhos e alguns isolados.

De forma a contextualizar os desafios com que nos deparamos, fez-se uma caracterização demográfica com o objetivo de caracterizar demograficamente a região do Alentejo, mais concretamente a sub-região Alentejo Central, concentrando o trabalho nos anos coincidentes com os últimos dois recenseamentos, 2001 e 2011. Para isso, num primeiro momento, comparou-se o crescimento anual médio da sub-região referida com o crescimento anual médio de Portugal. Num segundo momento, caracterizou-se a estrutura demográfica da sub-região, construindo os indicadores que vão possibilitar desenhar o estado da estrutura etária da sub-região, comparando-a com a estrutura etária do país na atualidade.

Os dados utilizados encontram-se nas tabelas seguintes (Tabela 1 e 2).

Tabela 1. População residente segundo os Censos: total e por grupo etário (adaptado de Pordata, 2012a).

Âmbito Geográfico	Territórios	Grandes grupos etários	
		Total	
		2001	2011
NUTS 2002	Portugal	10356117	10562178
NUTS III	Alentejo Central	173646	166822

Tabela 2. População residente do sexo feminino e masculino segundo os Censos: total e por grandes grupos etários (adaptado de Pordata, 2012b, c).

Âmbito Geográfico	Territórios	Sexo	Grandes grupos etários			
			Total	0-14	15-64	65+
			2011			
NUTS 2002	Portugal	Feminino	5515578	768330	3579508	1167740
NUTS III	Alentejo Central		86600	10699	52520	23381
NUTS 2002	Portugal	Masculino	5046600	803999	3400277	842324
NUTS III	Alentejo Central		80222	11490	51346	17386
NUTS 2002	Portugal	Feminino+Masculino	10562178	1572329	6979785	2010064
NUTS III	Alentejo Central		166822	22189	103866	40767

Num primeiro momento, importa considerar o crescimento populacional. Autores como Nazareth (2004) evidenciam que *“para se medir o ritmo de crescimento de uma população existem fundamentalmente três processos em análise demográfica: o contínuo, o aritmético e o geométrico”* (Nazareth, 2004:103). Para o presente projeto, optou-se pelo ritmo de crescimento aritmético.

Portugal, entre 2001 e 2011, passou de 10356117 para 10562178 de habitantes (Tabela 1). Posto isto, no período 2001-2011, por cada ano e por cada 100 pessoas, a população de Portugal aumentou 0,20%.

Na sub-região Alentejo Central, em 2001, a população era de 173646 habitantes e em 2011 era de 10562178 habitantes (Tabela 1). Assim, no período 2001-2011, por cada ano e por cada 100 pessoas, a população da sub-região Alentejo Central decresceu 0,39%.

Verifica-se que em cada 10 anos a população portuguesa aumenta 1,9%; a dividir por 10 é de 0,19%. Relativamente à sub-região Alentejo Central, em cada 10 anos, a população decaiu – 3,9%; a dividir por 10 é de 0,39%.

Em conclusão, pode-se afirmar que a sub-região Alentejo Central é uma região que está a perder população, cerca de 3,9% nos últimos 10 anos, como comprova o crescimento populacional. Em termos de estrutura demográfica, verifica-se que está a ficar envelhecida.

3.3. Movimento da População

No movimento da população da sub-região Alentejo Central importa apresentar e analisar a mortalidade, natalidade e a fecundidade dessa sub-região, comparando os resultados destes fenómenos demográficos com a situação a nível nacional, num período que vai dos anos 80 até à atualidade. Para isso, num primeiro momento, recolheu-se a informação necessária junto da base de dados Pordata e construíram-se os indicadores essenciais para poder avaliar e comparar o movimento da população em causa. Num segundo momento, já com os valores exatos, procedeu-se à análise e interpretação dos resultados.

Assim, num primeiro momento, foi recolhida a informação necessária junto da base de dados Pordata (Tabela 1, 2 e 3).

Em seguida, construíram-se os indicadores essenciais para se poder avaliar o movimento da população, com base dos resultados presentes nas tabelas (Tabelas 1, 2 e 3): a Taxa Bruta de Mortalidade (TBM); a Taxa Bruta de Natalidade (TBN) e a Taxa de Fecundidade Geral (TFG).

Autores como Nazareth (2004) verificam que *“o processo mais simples que existe para medirmos o nível de mortalidade geral consiste em dividir o total de óbitos observados num determinado período pela população média”* (Nazareth, 2004:190). Este autor assinala ainda as limitações inerentes a uma taxa deste tipo: *“a Taxa Bruta de Mortalidade é um instrumento grosseiro que isola muito rudimentarmente os efeitos de estrutura”* (Nazareth, 2004:191).

Apesar destas limitações, calculou-se a TBM, para Portugal e para o Alentejo Central, com base nos dados da Tabela 3.

Tabela 3. População residente segundo os Censos e óbitos de residentes, em Portugal e no Alentejo Central (adaptado de Pordata, 2012a, d).

Anos	População residente segundo os Censos (Total)			Óbitos de residentes (Total)		
	1981	2001	2011	1981	2001	2011
Portugal	9833014	10356117	10562178	95728	105092	102842
Alentejo Central	180480	173646	166822	2066	2126	2016

* Nas taxas foram feitas as médias dos anos 1981, 2001 e 2011.

Para Nazareth (2004), “o processo mais simples que existe para medirmos o nível da natalidade consiste em dividir o total de nascimentos num determinado período pela população média existente nesse mesmo período” (Nazareth, 2004:191). Este autor volta a identificar esta taxa como um instrumento de análise grosseiro, à imagem da taxa anterior. Para a determinação da TBN foram utilizados os dados da Tabela 4.

Tabela 4. População residente segundo os Censos e nados-vivos de mães residentes, em Portugal e no Alentejo Central (adaptado de Pordata, 2012a, e).

Anos	População residente segundo os Censos (Total)			Nados-vivos de mães residentes (Total)		
	1981	2001	2011	1981	2001	2011
Portugal	9833014	10356117	10562178	152071	112774	96856
Alentejo Central	180480	173646	166822	2347	1495	1361

* Nas taxas foram feitas as médias dos anos 1981, 2001 e 2011.

Segundo Nazareth (2004), a TBN como variável demográfica tem espaço para se poder introduzir uma correção adicional. “Essa correcção consiste em relacionar os nascimentos directamente com a parte da população em que eles ocorrem: a população feminina no período fértil (por convenção, dos 15 aos 50 anos) (Nazareth, 2004:191) (Tabela 5).

Tabela 5. População em período fértil e nados-vivos de mães residentes, em Portugal e no Alentejo Central (adaptado de Portada, 2012a, e).

Anos	População em período fértil (15-49 anos) (Total)			Nados-vivos de mães residentes (Total)		
	1981	2001	2011	1981	2001	2011
Portugal	2379885	2280579	2511645	152071	112774	96856
Alentejo Central	41127	386821	36294	2347	1495	1361

* Nas taxas foram feitas as médias dos anos 1981, 2001 e 2011.

Resta ainda frisar a diferença entre natalidade e fecundidade: “a *natalidade mede a frequência dos nascimentos que ocorrem no conjunto da população total de um país. A fecundidade mede a frequência dos nascimentos que ocorrem num subconjunto específico – as mulheres em idade de procriar*” (Nazareth, 2004:191).

Quanto à TBM, o Alentejo Central apresenta valores superiores, quando comparados com os valores de Portugal, o que nos leva a identificar um putativo desequilíbrio em termos de rendimentos, cultural, condições habitacionais e uma atividade profissional.

Em termos de TBN, o Alentejo Central apresenta valores inferiores à média nacional. Na TFG a discrepância não é tão significativa, no entanto, ainda ocorre. Ou seja, está-se perante um processo de envelhecimento, em que as causas estão bem identificadas: redução da mortalidade e redução da fecundidade.

4. Organizações Sociais na Área do Envelhecimento

4.1. Gestão das Organizações na Área do Envelhecimento

O Estado não é o único ator social relevante na condução da política social; também existe o mercado e o terceiro setor que contribuem para a provisão do bem-estar. A nossa sociedade caracteriza-se por uma pluralidade de atores sociais: “*além dos serviços públicos, existem outras entidades, de natureza privada, que contribuem para a provisão de bem-estar, quer fornecendo bens e serviços quer transferindo rendimento para as famílias*” (Pereirinha, 2008:103) (Figura 3).

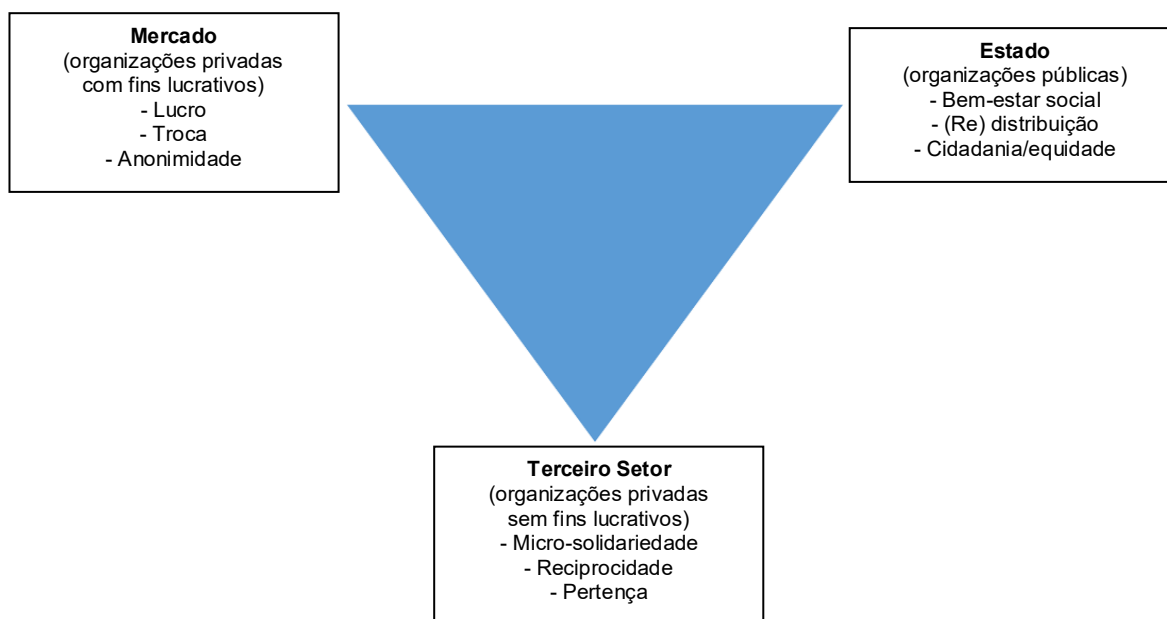


Figura 3. Triângulo do bem-estar (Pereirinha, 2008:27).

Uma teoria bastante utilizada para justificar a existência de organizações não lucrativas *“deve-se a HANSMANN (1987), sustentando que estas organizações existem porque permitem resolver fracassos de mercado que se verificam, em certas circunstâncias e tipos de serviços (...) são frequentes nos serviços de cuidados pessoais, creches, centros de dia e lares de idosos”* (Pereirinha, 2008:119).

É importante, também, assinalar que, em 2008, as receitas deste setor em Portugal foram de cerca de 50% provenientes da venda de bens e serviços, 40% de transferências do Estado e apenas em 12% de receitas de filantropia (Pereirinha, 2008).

Segundo Sobreiro (2009) os objetivos das organizações sociais são:

- Compreender o mercado que se quer servir e conhecer as suas necessidades e analisá-lo;
- Definir quais os grupos em que a instituição poderá atuar;
- Definir orientações práticas e programas que apontem para a satisfação das necessidades desses grupos;
- Comunicar aos clientes esses programas, através, por exemplo, da publicitação.

Posto isto, as organizações sociais devem nortear a sua conduta por (Sobreiro, 2009):

- Trabalho em equipa em que os intervenientes demonstrem lealdade e responsabilidade no apoio ao grupo e desempenhem o papel que lhe cabe, tendo em conta a missão da instituição;
- Ter um bom desempenho na dicotomia entre meios e resultados, ou seja, terá de concentrar os recursos disponíveis onde seja possível obter resultados;
- Ter uma equipa de gestão íntegra, assente num líder que transmita esperança e que leve os membros da organização a atingir objetivos definidos;
- Ter uma “gestão participada” onde todos têm a noção da importância do seu trabalho.

Logo, é muito importante para uma política social “funcional” existir uma articulação entre mercado, estado e terceiro setor; esta articulação deve ter por base o bem-estar psicológico, social e físico do geronte.

4.2. Políticas Sociais para o Envelhecimento

Tendo em conta a Constituição da República Portuguesa, o artigo 72.º afirma que:

- 1- As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou a marginalização social;
- 2- A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade.

Autores como Correia (2003) evidenciam uma política social para idosos de profilaxia e de cuidados médicos, em que os *“dois grandes eixos da política social no sector da assistência social aos idosos são a prevenção da degradação do envelhecimento e o atendimento, o mais correcto e precoce possível, das situações que exigem cuidados especializados, de carácter temporário ou permanente”* (Correia, 2003:305). Este autor assinala ainda a necessidade de uma pedagogia de autonomia que vise manter o idoso no seu domicílio, ou seja, no seu ambiente natural.

“A Política da Velhice, enquanto conjunto de intervenções públicas dirigidas às pessoas idosas, desenvolve-se no quadro de um Sistema de Segurança Social universal, mas que tem vindo a enfraquecer e degradar-se, reforçando a perda de estatuto dos seus destinatários e desvalorizando a categoria social que abrange – neste caso, a velhice” (Salselas, 2007:7).

O sistema público de Segurança Social assenta em dois sistemas que garantem aos respetivos beneficiários o direito a determinados rendimentos, leia-se: subsistema previdencial (substituição dos rendimentos do trabalho) e subsistema de solidariedade (visa a coesão social, uma vez que, ao contrário do anterior, estas pessoas, por qualquer motivo, não tiveram uma carreira contributiva suficiente) (Salselas, 2007).

Os subsistemas têm as seguintes modalidades (Salselas, 2007):

- *Subsistema previdencial*
 - Pensão por velhice;
 - Complemento por dependência;
 - Complemento por cônjuge a cargo;
 - Pensão de invalidez;
 - Complemento de pensão por dependência e por cônjuge a cargo;
 - Complemento por dependência.

- Subsistema de solidariedade
 - Pensão social de velhice;
 - Pensão social de invalidez;
 - Complemento por dependência;
 - Complemento extraordinário de solidariedade;
 - Proteção especial na invalidez;
 - Rendimento social de inserção;
 - Complemento solidário para idosos.

Não obstante, face à desvalorização progressiva das prestações financeiras ao longo do tempo, os idosos são atirados para muito abaixo da média em relação com o resto da população. Autores como Costa *et al.*, (1999) afirmam até que a reforma passa a ser uma porta de entrada para a pobreza *“à medida que os rendimentos reais vão decrescendo face ao custo de vida, ser reformado passa a ser sinónimo de pobreza e, nessa medida, de desqualificação social de um grupo social que passa a construir*

uma identidade negativa de si próprio e a ser olhado pela sociedade como tal" (Salselas, 2007:15).

É, pois, necessário adotar políticas integradoras de manutenção dos idosos na vida social que evitem a rutura com o tecido social envolvente; uma verdadeira política da terceira idade.

– Cuidados de proximidade

Para que o idoso tenha ao seu dispor todas as ferramentas, existem os serviços de proximidade (Euroconsult, 2014):

- Respostas sociais específicas para pessoas idosas: centro de dia, centro de convívio, apoio domiciliário, centro de noite, acolhimento familiar, lar e residência;
- Respostas sociais dirigidas a toda população, de que os idosos podem usufruir: acompanhamento social, centro comunitário, refeitório, taxas moderadoras, colónia de férias e albergue noturno.

É importante assinalar a dessetorização (o facto do profissional ter que fazer o trabalho de vários setores, restando pouco tempo para o setor em que é realmente especialista) que está a ocorrer no campo das respostas sociais. Esta dessetorização pode prejudicar a qualidade das respostas, sendo fundamental um equilíbrio de exigência. *"O equilíbrio entre estas exigências virá do debate entre os parceiros implicados: empregadores, representantes dos profissionais, poderes públicos e, esperemo-lo, representantes dos utentes"* (Chopart e Maurel, 2003:62).

5. Apoio ao Envelhecimento na Comunidade

5.1. A Problemática da Discriminação Social das Pessoas Mais Velhas

Segundo Neto (2004) a discriminação está ligada a concepções negativas associadas à velhice, denotando um comportamento idadista que discrimina com base na idade

cronológica. Esta *“discriminação pode envolver comportamentos flagrantemente hostis, mas pode também envolver comportamentos que parecem muito positivos, mas que ao fim e ao cabo servem para impedir as pessoas idosas de atingirem os seus objectivos”* (Neto, 2004:284). Este autor apresenta vários exemplos de comportamentos claramente idadistas em vários contextos, nomeadamente em contextos médicos, em contextos institucionais (lares), na comunidade e no trabalho. Assim, *“em contextos médicos, os clínicos são mais susceptíveis de prescrever remédios aos pacientes idosos deprimidos do que indicar-lhes um tratamento psicoterapêutico, apesar de haver ampla evidência de que a psicoterapia funciona tão bem com pessoas idosas deprimidas, como com pessoas jovens deprimidas”* (Neto, 2004:285).

Repare-se, então, no contexto institucional onde os recursos humanos utilizam frequentemente a *“fala de bebé”* para comunicarem com os idosos, ora a *“fala de bebé”* pode ser percebida pelas pessoas idosas como um modo de se lhes comunicarem baixas expectativas para as suas capacidades por parte do interlocutor” (Neto, 2004:285).

Também na comunidade *“as pessoas consideram o comportamento independente das pessoas idosas de modo ambivalente, algumas vezes recompensando-o, outras vezes desencorajando-o”* (Neto, 2004:285).

O contexto, porém, em que Neto nota maior atenção (por parte da sociedade) na discriminação contra as pessoas idosas é a esfera do trabalho, *“na forma forçada ou no despedimento dos trabalhadores idosos, ao mesmo tempo que mantém ou empregam trabalhadores jovens”* (Neto, 2004:285).

Por sua vez, de acordo com Allport (1954) in Pereira et al. (2012), os estereótipos são *“crenças exageradas que auxiliam as pessoas a simplificar as suas categorizações, possuam ou não um fundo de verdade, são reforçados pelos mass media que continuamente os relembram e insistem sobre os mesmos”* (Pereira et al., 2012:94). Estes estereótipos originam o idadismo, e aqui é importante ter atenção a autores como Magalhães (2012) in Pereira et al. (2012); este afirma que a responsabilidade do termo idadismo (*ageism*) é atribuída a Butler, em 1969. Butler define este processo como *“estereótipos e discriminação sistemática contra as pessoas por elas serem idosas, da mesma forma que o racismo e o sexismo o fazem com a cor da pele e o género”* (Pereira et al., 2012:97). Magalhães (2012) in Pereira et al. (2012) menciona

ainda Palmore (1999) para esclarecer que existem dois tipos de idadismo: o idadismo negativo e o idadismo positivo. O primeiro reflete preconceitos negativos para com as pessoas idosas, como por exemplo: a doença, a impotência sexual, a fealdade, o declínio mental, a doença mental, a inutilidade e a pobreza. O segundo reflete estereótipos positivos: a amabilidade, a sabedoria, o ser de confiança, a opulência, o poder político e a liberdade. Posto isto, Rosa (2012) evidencia o facto de sermos constantemente “bombardeados” com notícias de índole idadistas, como por exemplo “idoso atropelado” “idoso assaltado”, “idoso há cinco dias desaparecido”. Segundo esta autora, são notícias que ao alterar-se a palavra “idoso” por a palavra “adulto” fica bem evidente o grau de idadismo e de discriminação social absurdo que está enraizado na nossa sociedade.

5.2. Promoção da Saúde Mental no Envelhecimento

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou incapacidade (OMS, 1946).

A OMS (2001b) define a saúde mental como um estado de bem-estar em que o indivíduo implementa as suas capacidades, enfrenta o *stress* normal da vida, trabalha produtivamente e com sucesso e é capaz de contribuir para a sua comunidade (OMS, 2001b). A saúde mental está diretamente relacionada com a saúde física, social e psicológica, estando estes três fatores interligados; só desta forma conseguem contribuir para uma saúde mental no idoso compensada (Ribeiro, 2001).

Segundo a ordem dos enfermeiros, saúde é um *“estado e, simultaneamente, a representação mental sobre a condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e conforto emocional e espiritual”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001:8).

5.3. Promoção da Satisfação/Qualidade de Vida dos Gerontes na Comunidade

Desde 1948, a OMS separou o conceito de saúde da mera ausência de doença, para nele incluir a presença de um completo estado de bem-estar físico, mental e social, que as questões relacionadas com a qualidade de vida têm vindo a adquirir uma

importância crescente, quer em termos práticos, quer em termos de investigação (Canavarro, 2010).

Embora o termo qualidade de vida seja uma questão subjetiva, existem autores que explicam o que ela pode significar. A OMS atesta que qualidade de vida é “*a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL Group, 1995: 1405).

Existem diversos estudos acerca dos determinantes da qualidade de vida em idosos (Fernández-Ballesteros, 1998; Castellón, 2003).

Fernández-Ballesteros (1998) considera, num estudo, que o contexto e as circunstâncias em que as pessoas vivem são os fatores principais para a qualidade de vida. Neste estudo a autora concluiu que os elementos da qualidade de vida associados ao envelhecimento dependem do estilo de vida adotado e de condições pessoais específicas, como a posição social, a idade ou o sexo.

Num estudo de Castellón (2003) verificou-se que os idosos têm como aspetos mais importantes na qualidade de vida a autonomia e a saúde. O mesmo estudo indicou, também, os índices mais críticos na qualidade de vida para os idosos em Espanha, sendo eles: o acesso a serviços sociais, as atividades, as capacidades funcionais, a educação, a integração social, a qualidade ambiental, os recursos económicos, a satisfação com a vida, e a saúde.

No mesmo sentido, Paúl (2005) refere que a qualidade de vida e a satisfação com a vida dos idosos se alteram na medida em que se alteram os fatores importantes no envelhecimento bem-sucedido, tais como: serviços sociais e de saúde, características comportamentais e pessoais, meio físico, características sociais e económicas.

No entanto, Paúl *et al.* (2005) assumem que as redes de suporte social não aparecem associadas à satisfação de vida dos idosos, mas estão ligadas à qualidade de vida (no seu todo e nos seus vários domínios). Segundo Paúl *et al.* (2005), a satisfação de vida e a qualidade de vida são conceitos distintos, pois a satisfação de vida é uma variável intrapsíquica relacionada a características de personalidade, enquanto a qualidade de vida está ligada a variáveis sociodemográficas, físicas e de contexto.

5.4. Apoio Domiciliário

O apoio domiciliário é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou atividades da vida diária. Esta resposta destina-se a indivíduos e famílias, prioritariamente, a pessoas idosas, a pessoas com deficiência e a pessoas em situação de dependência (Bonfim e Veiga, 1996; Rodríguez e Sánchez, 2000).

O apoio domiciliário tem sido alvo de grande desenvolvimento, nos últimos anos, em Portugal. Paralelamente, no contexto europeu, esta tendência tem sido bastante acentuada (Binstock e Cluff, 2000; Hutson, 2000). Contudo, ainda é necessário percorrer um longo caminho, uma vez que se parte de um modelo assistencialista, que prima por um sistema de proteção dirigido à população carenciada que valoriza, acima de tudo, necessidades fisiológicas.

Foram realizados vários estudos com o objetivo de analisar os fatores determinantes para a utilização do serviço de apoio domiciliário. Os resultados indicam que a idade parece ser decisiva para a utilização do serviço; na variável sexo, as mulheres parecem ser maiores utilizadoras que os homens; a raça parece não ter qualquer interferência a este nível; e o fator económico parece exercer alguma influência no recurso ao serviço. As dificuldades económicas foram o motivo principal apontado pelos inquiridos deste estudo, quando questionados sobre o pagamento do serviço. Contudo, importa ressaltar que o estado funcional do indivíduo constitui o fator mais importante na utilização do serviço (Binstock e Cluff, 2000; Cox e Ory, 2000).

A legislação relativa ao apoio domiciliário teve início no Despacho Normativo n.º 62/99, que aprovou as normas que regulavam, à data, as condições de implantação, localização, instalação e funcionamento dos serviços de apoio domiciliário. Em 2007, surge o Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, que define o regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços dos estabelecimentos de apoio social. Em 2011, este regime de licenciamento e fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social é alterado, pelo Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro; este Decreto-Lei pretendeu, essencialmente, contemplar os princípios de simplificação e agilização do regime de licenciamento.

A Portaria n.º 38/2013, de 30 de janeiro, procede ao ajustamento do apoio domiciliário às exigências de uma gestão eficaz e eficiente dos recursos, e a uma gestão da qualidade e segurança que incide ao nível da equidade do acesso a cuidados flexíveis, transitórios ou de longa duração e, ainda, da promoção de famílias mais inclusivas e qualificadas para a prestação dos cuidados, garantindo condições para a permanência das pessoas no seu ambiente familiar. Revoga, ainda, o Despacho Normativo n.º 62/99, de 12 de novembro, anteriormente referido. No artigo 2.º, a Portaria n.º 38/2013, refere que o serviço de apoio domiciliário é a *“resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e/ ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito”*.

A mesma Portaria define como objetivos do serviço de apoio domiciliário, os seguintes:

- Concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias;
- Contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar;
- Contribuir para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais;
- Promover estratégias de desenvolvimento de autonomia;
- Prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes, sendo estes objeto de contratualização;
- Facilitar o acesso a serviços da comunidade;
- Reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores.

Em 2014, surge o Decreto-Lei n.º 33/2014, de 4 de março, que procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 64/2007, de 11 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro, que define o regime jurídico de instalação e funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social gerido por entidades privadas, estabelecendo o respetivo regime contraordenacional.

A Orientação Técnica Circular n.º 4/2014, de 16 de dezembro, da Direção-Geral da Segurança Social define, ainda, o modelo de regulamento das participações familiares devidas pela utilização dos serviços e equipamentos sociais das instituições particulares de solidariedade social.

Em Portugal, o serviço de apoio domiciliário é prestado por instituições públicas ou por instituições de solidariedade social, nomeadamente: Centros Regionais de Segurança Social, Instituições Particulares de Solidariedade Social, Misericórdias, Cooperativas, Centros Sociais e Paróquias; bem como por entidades particulares, com ou sem fins lucrativos (Instituto da Segurança Social, I.P., 2015).

As comparticipações no serviço de apoio domiciliário prestado pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's) são determinadas pela aplicação de uma percentagem sobre o rendimento *per capita* do agregado familiar, variável entre 40 a 75% do rendimento (Instituto da Segurança Social, I.P., 2015).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

6. Metodologia

A finalidade da presente investigação circunscrevia-se à preocupação de melhorar a integração social e qualidade de vida dos idosos, família e sociedade, em particular, ao nível do apoio domiciliário. Neste estudo, orientado para a prática, de carácter exploratório e transversal, teve-se como base a investigação-ação e optou-se por uma abordagem mista, qualitativa e quantitativa. Numa relação entre a teoria e a prática e com um enfoque essencialmente qualitativo, a investigação centra-se em problemas da realidade social e na atuação dos sujeitos nela implicados, pelo que se encontra orientada para a ação e resolução de problemas, propondo no final uma proposta de projeto de intervenção baseada na realidade observada.

6.1. Contextualização e Propósito da Investigação

A questão de partida da presente investigação consiste em compreender como se relaciona a satisfação de vida e o apoio domiciliário em idosos de uma instituição pública de serviço social e de uma empresa privada.

Apresenta como objetivos gerais:

- Obter elementos que contribuam para a fundamentação teórica do fenómeno do envelhecimento e das respostas sociais adequadas, permitindo aprofundar o conhecimento sobre esta realidade social;
- Desenvolver um trabalho que revista um duplo interesse:
 - Para entidades públicas e privadas;
 - Para os próprios idosos, famílias e sociedade.

E como objetivos específicos:

- Identificar as vivências de vida dos idosos;
- Conhecer a saúde mental em idosos;

- Avaliar a satisfação de vida.

6.1.1. Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva (FMIVPS)

A FMIVPS foi criada a 1 de junho de 1969. A sua génese remete para uma família latifundiária oriunda de Reguengos de Monsaraz, constituída por Inácio Coelho Perdigão e esposa, Maria do Rosário. Este casal teve uma filha, Maria Inácia Vogado Perdigão Silva, que travou uma luta contra uma doença cancerosa, à qual acabaria por sucumbir; em sua memória este casal idealizou a FMIVPS (Martelo, 2011).

Este projeto teve uma evolução histórica fruto das circunstâncias sociais, políticas e económicas. Esta evolução histórica pode ser definida em três etapas cronológicas: a primeira que abarca o período entre 1969 a 1983, a segunda de 1983 a 2007 e a terceira que começa em 2007 até aos dias de hoje (Martelo, 2011).

Assim, na primeira etapa, importa considerar a fase embrionária da FMIVPS. Tratava-se de um lar de idosos que assistia 25 idosos, tratando-se, por isso, de uma fundação que assistia poucos idosos e que ainda não tinha a dimensão de hoje; o serviço resumia-se apenas ao serviço de lar (Martelo, 2011).

Depois, na segunda etapa, chega à presidência da FMIVPS o atual presidente, Victor Manuel Barão Martelo. Esse momento coincidiu com uma dinâmica mais heterogénea de respostas sociais oferecidas à população. Encontra-se esta dinâmica, por exemplo, na ampliação do lar com cozinha, refeitório, sala de visitas, instalações sanitárias e centro de convívio, onde passaram a ter lugar não só os utentes internos mas também os externos; de realçar ainda o serviço de apoio domiciliário que passou a fazer parte do leque de ofertas da FMIVPS (Martelo, 2011).

A etapa, porém, que com maior intensidade coloca a FMIVPS na vanguarda da ação social do Alentejo é a terceira etapa. Atualmente, o lar de idosos da FMIVPS emprega 54 trabalhadores. A criação de uma creche, participada pelo Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais, criou 26 postos de trabalho e tem capacidade para 66 crianças; a criação de uma unidade de cuidados continuados, esta apoiada pelo Programa Modelar, criou 36 postos de trabalho e tem como principal finalidade assistir as pessoas que necessitem de um internamento de longa duração; a criação da creche e da unidade de cuidados continuados veio sedimentar a FMIVPS

como uma das fundações mais heterogêneas, em termos de serviço social da região (Martelo, 2011).

A forma de funcionamento organizacional está estruturado com base em diferentes respostas sociais e cada uma delas desenvolve atividades específicas, bem como a prestação de cuidados humanizados e personalizados aos utentes da entidade.

No processo de gestão das áreas chave da entidade, ela rege a sua atividade por padrões que garantam, normalmente (Euroconsult, 2014):

- Um bom funcionamento das respostas sociais, assegurando o bem-estar e a segurança dos utilizadores no respeito pela sua individualidade;
- Uma estrutura de recursos humanos qualitativa e quantitativamente adequada ao normal desenvolvimento das atividades, respeitando no mínimo, os rácios de pessoal constantes dos acordos que detém com a segurança social;
- Promover e enquadrar a participação dos utentes nas atividades da resposta social e planificar anualmente as atividades a desenvolver pela resposta social;
- Ter em consideração as orientações normativas emanadas pelos serviços competentes do ministério da tutela, em matéria de recursos humanos e ainda no que respeita à comparticipação dos utentes e famílias pela utilização dos equipamentos e serviços;
- Colaborar com o Centro Distrital e com outras instituições e organismos, tendo em vista o desenvolvimento de atividades de interesse comum e o melhor aproveitamento de recursos humanos e materiais disponíveis;
- Avaliar o funcionamento da resposta social decorridos, de forma a promover a sua melhoria contínua.

Existem ainda regulamentos específicos para o bom funcionamento de cada resposta social, nomeadamente: acolhimento, admissão do utente, prevenção de maus tratos, abusos e negligência. Cada Regulamento Interno contém ainda regras indispensáveis ao funcionamento da resposta social, nomeadamente as respeitantes a (Euroconsult, 2014):

- Condições de admissão dos utentes e respetivos critérios de prioridade;
- Princípios e regras atinentes à fixação e pagamento das comparticipações familiares;

- Organização de processos individuais dos utentes, dos quais deverá constar, para além da identificação pessoal, elementos sobre a sua situação social e financeira, bem como outros elementos que a entidade considere relevantes;
- Serviços prestados, atividades a desenvolver e respetivas condições de acesso, como contrapartida do pagamento das participações familiares;
- Condição de utilização e saída, por parte do utente, do estabelecimento ou serviço a que se reporta o presente acordo;
- Horários de funcionamento de cada valência;
- Horário de atendimento dos pais/familiares, período de funcionamento diário e de eventual encerramento anual.

6.1.2. Comfort Keepers (CK)

Os serviços prestados pela CK foram desenhados para dar respostas às necessidades dos seniores e dependentes que precisam de apoio na sua vida quotidiana e nas suas necessidades pessoais.

A CK foi fundada em 1998 e é uma das redes de *franchising* líder na prestação de cuidados não médicos para seniores. A sede da empresa é na cidade Dayton, no estado de Ohio, nos Estados Unidos. Em Portugal, é representada pela empresa Conforto em Casa, Lda. com sede no Taguspark, em Oeiras.

Neste momento existem mais de 750 escritórios nos Estados Unidos, Canadá, Irlanda, Austrália, Singapura e Portugal, tendo também, em 2013, ter estendido as suas operações ao Reino Unido e a França, estando previsto que a empresa venha a operar em outros mercados.

O reconhecimento, crescimento e notoriedade da CK na área dos cuidados domiciliários tem sido referenciado pelas principais publicações periódicas e analistas que avaliam os sistemas de *franchising* e o setor do apoio domiciliário, onde se destaca a *Entrepreneur Magazine*, *Successful Franchising Magazine* e *New York Times*.

Os mais recentes reconhecimentos foram das seguintes entidades:



A *Entrepreneur Magazine* reconheceu a CK como a rede número 1 no setor dos cuidados domiciliários, entre as 500 mais importantes redes de *franchising* de todos os setores.



Do *Franchising Research Institute*, a CK recebeu a certificação *World Class Franchisee*.

Os serviços prestados pelos franchisados CK são suportados por um modelo de negócio proprietário e por uma equipa de consultores de *franchising* que apoia nos seus vários estádios de desenvolvimento.

O desenvolvimento da marca CK também é um dos fatores fundamentais para o desenvolvimento do sistema de *franchising*. O desenvolvimento da marca é levado a cabo através de vários instrumentos de *marketing*, nomeadamente através do *marketing* social, de iniciativas de responsabilidade social e ações de formação e informação junto da população e junto dos técnicos de ação social e de saúde, que estão em contacto com a população que pode usufruir dos cuidados domiciliários prestados pela CK.

A presença da CK em Portugal iniciou-se com a criação de duas empresas, uma criada em novembro de 2006 e outra em fevereiro de 2007. A primeira, com o nome de Conforto em Casa, Lda. (franqueador *master*), detém os direitos de representação da marca para Portugal e as responsabilidades de desenvolvimento e suporte da rede de *franchising*. A segunda empresa, com o nome de Seniores em Casa, Lda. (franchisado), é a empresa que detém o primeiro contrato de *franchising*. É o estabelecimento piloto/escola que permite à equipa do *master* estar mais próximo das necessidades, desafios, oportunidades, forças e fraquezas a considerar na prestação de serviços de apoio domiciliário, bem como das necessidades de adaptação do modelo de negócio e/ou de materiais de *marketing* e de suporte.

A CK iniciou a sua instalação em dezembro de 2006, após formação de 10 dias na sede da empresa, nos Estados Unidos.

De dezembro de 2006 a março de 2007, foram levadas a cabo todas as atividades inerentes ao arranque das duas empresas, que permitiram que a Seniores em Casa, Lda. estivesse pronta para iniciar a prestar serviços de apoio domiciliário em março de 2007. A partir desta data iniciou-se as primeiras atividades de divulgação da CK, tendo a empresa começado a prestar serviços em maio de 2007.

Ainda em 2007 a empresa e o projeto da CK Portugal recebeu uma distinção em ação promovida pelo Instituto Europeu de Administração de Empresas (INSEAD) e pela Câmara de Cascais, como um projeto exemplo na área do empreendedorismo social.

Em dezembro de 2007 a empresa recebeu apoios ao investimento do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) com vista ao desenvolvimento da atividade da empresa e formação do escritório em escola da CK em Portugal.

Em janeiro de 2008 a empresa recebeu da Segurança Social a licença de funcionamento para poder prestar serviços de apoio social sendo considerada, a partir desta altura, organização de utilidade social.

Após 14 meses de operações, em que se efetuaram as adaptações necessárias ao modelo de negócio CK para Portugal e em que se fez a consolidação das operações iniciais do primeiro escritório, a Conforto em Casa, Lda. estendeu a rede de *franchising* de acordo com o seguinte plano de desenvolvimento:

- 2007: Oeiras;
- 2008: Cascais | Algarve | Porto Oriental;
- 2009: Porto Ocidental | Lisboa;
- 2010: Açores | Mirandela;
- 2011: Coimbra;
- 2013: Madeira;
- 2016: Alentejo.

Em suma, os cuidados de apoio domiciliário da CK foram delineados para auxiliar seniores e outros a manterem níveis adequados de independência, no conforto das suas próprias casas. Adicionalmente ao auxílio na realização das tarefas domésticas, na preparação de refeições equilibradas e cuidados pessoais, como a higiene ou

banho, a CK oferece uma vasta gama de serviços de acompanhamento aos seus clientes: conversação e companhia, acompanhamento e transporte em saídas ocasionais (caminhadas, idas ao médico, cabeleireiro, entre outras), auxílio na realização de atividades recreativas, *hobbies* ou outros interesses do cliente.

6.2. Desenho da Investigação

Este projeto assenta num problema atual e premente da nossa sociedade. Merriam *in* Carmo e Ferreira (2008) *“afirma que primeiramente o investigador deverá definir o problema de investigação, o qual será com frequência proveniente da sua própria experiência ou de situações ligadas à sua vida prática, mas que pode também resultar de deduções a partir da teoria, da revisão de literatura, ou de questões sociais ou políticas”* (Carmo e Ferreira, 2008:235). De acordo com Fortin (1999) o desenho da investigação é o *“plano lógico elaborado e utilizado pelo investigador para obter respostas às questões de investigação”* (Fortin, 1999:40).

Posto isto, o estudo inicia-se com uma parte concetual (Parte I – Enquadramento Teórico), na qual são abordadas as temáticas da psicogerontologia comunitária, os aspetos inerentes à psicogerontologia comunitária, o envelhecimento e envelhecimento ativo, discriminação social, organizações sociais, satisfação e qualidade no envelhecimento e apoio domiciliário. Posteriormente, é realizada uma parte prática (Parte II – Estudo Empírico), onde é abordada a metodologia utilizada, o propósito e delimitação da problemática, os instrumentos e técnicas de recolha de dados, os procedimentos empregues e os resultados obtidos através do estudo efetuado, permitindo, assim, através da concretização da investigação, compreender a realidade estudada. Por fim, na última parte do trabalho (Parte III – Proposta do Projeto de Intervenção), apresenta-se um projeto de intervenção designado por “Em Casa é Possível”, com base nos resultados obtidos.

6.3. Participantes

Para Hill e Hill (2002), não sendo possível recolher e analisar dados de todos os casos, o investigador considera apenas uma parte dos casos que constituem o universo.

Para Marconi e Lakatos (2002), a amostragem não-probabilística é a mais comum. O investigador tem interesse em estudar determinados elementos da população, mas que não são necessariamente representativos dela. Apesar da impossibilidade da generalização dos resultados ao universo da investigação, esta forma de amostragem tem a sua validade dentro dum contexto específico.

Assim, atendendo à população do projeto, optou-se pela técnica de amostragem não probabilística. A seleção dos participantes deu-se de acordo com diferentes critérios considerados importantes para a investigação. Para tal, foram efetuados os seguintes passos: definição da população, definição dos critérios de seleção da amostra e determinação da dimensão da amostra.

A amostra estudada neste projeto é constituída por cinco utentes da FMIVPS e cinco clientes da CK Alentejo; trata-se de uma amostra por conveniência que está caracterizada na Tabela 6. O público-alvo é constituído por elementos que contém critérios de seleção, previamente definidos pelo investigador. Assim, a presente investigação teve como participantes um total de dez idosos, quatro do género feminino e seis do género masculino, todos com idades compreendidas entre os 72 e os 96 anos. Foram selecionados por terem em comum o facto de receberem apoio domiciliário, residirem no Alentejo e demonstrarem a disponibilidade necessária para o projeto.

6.4. Instrumentos e Tratamentos dos Dados

As técnicas de recolha de dados utilizadas para o desenvolvimento do projeto foram: a pesquisa de campo, a pesquisa documental e a aplicação de questionários e entrevistas.

O objetivo da pesquisa de campo centra-se na observação direta das respostas sociais que, tentativamente, se procura transformar em participante, na medida em que paulatinamente o investigador se vai entrosando no normal funcionamento das mesmas. Perfeitamente consciente do processo do “acaso”, o projeto teve situações que *à priori* foram imprevisíveis; estas situações são uma mais-valia na conclusão deste projeto.

O objetivo da pesquisa documental vai no sentido de recolher bibliografia especializada acerca de processos metodológicos relevantes para o projeto proposto. Pretende-se, assim, dar continuidade às primeiras leituras efetuadas para que, dessa forma, se chegue a resultados mais objetivos e concretos.

Como instrumentos de recolha de dados, foram utilizados: a entrevista semiestruturada de avaliação neuropsicológica (Anexo A e Apêndice A), o inventário de saúde mental adaptado do *Mental Health Inventory* (Ribeiro, 2001) (Anexo B) e o inventário de avaliação de qualidade de vida WHOQOL – OLD (adaptado de Faria (2000)) (Anexo C).

A entrevista semiestruturada de avaliação neuropsicológica aplicada aos idosos teve como objetivo geral recolher informação sobre as vivências da reforma, saúde mental e qualidade de vida dos idosos. De forma a dar cumprimento a este objetivo considerou-se fundamental realizar uma anamnese aprofundada, com o intuito de obter informação sobre os seus dados sociodemográficos, estado de consciência, saúde e bem-estar, entendimento sobre a sua saúde, bem-estar, compreender a interferência do processo de reforma na saúde mental e qualidade de vida do idoso, bem como a interferência do apoio domiciliário na sua qualidade de vida. As dimensões e sub-dimensões abordadas na entrevista foram: os dados sociodemográficos e estado de consciência do entrevistado (orientação, nível pré mórbido e atitude do entrevistado face à sua situação), principais queixas do entrevistado (queixas subjetivas e espontâneas), apoio social (redes de suporte social, vizinhos e familiares, isolamento social e relação de amizade), envelhecimento (envelhecimento bem sucedido), saúde mental (interferência da reforma na saúde mental), qualidade de vida (interferência do apoio domiciliário na sua qualidade de vida) e apoio domiciliário bem-sucedido.

Foi, também, utilizado o inventário de saúde mental, adaptado do *Mental Health Inventory* por Ribeiro (2001). Relativamente ao inquérito por questionário, este é “*um instrumento de pesquisa, que permite recolher os dados, os quais após a sua introdução numa base de dados (...) originam informações, que se consubstanciam em resultados*” (Sarmiento, 2013:67). O inventário de saúde mental, adaptado do *Mental Health Inventory* por Ribeiro (2001) consiste num questionário de autorresposta, com 38 itens, que se encontram distribuídas por 5 escalas: ansiedade, com 10 itens; depressão, com 5 itens; perda de controlo emocional/ comportamental, com 9 itens; afeto positivo, com 11 itens; laços emocionais, com 3 itens. Por sua vez,

estas 5 subescalas agrupam-se noutras duas dimensões que medem respetivamente: o distress psicológico (resultante do agrupamento das subescalas de ansiedade, depressão e perda de controlo emocional/comportamental); e o bem-estar psicológico (obtido a partir do agrupamento das subescalas, afeto geral positivo e laços emocionais). A resposta a cada item encontra-se organizada numa escala ordinal de 1 a 6, sendo que os itens 1 e 28 são pontuados de 1 a 5 e os outros itens são cotados de forma invertida. A pontuação total resultará da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada escala, sendo que os resultados totais abaixo do nível 52, apontarão para a existência de sintomatologia grave e os resultados abaixo de 60, para a existência de sintomatologia moderada. Os valores mais elevados corresponderão a um maior nível de saúde mental.

Foi também utilizado o inventário de avaliação de qualidade de vida WHOQOL – OLD. Este instrumento de avaliação de qualidade de vida, módulo WHOQOL-OLD é constituído de 24 perguntas e as suas respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5), cuja pontuação é atribuída a 6 domínios, que são: funcionamento sensorial; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade. Cada uma dos domínios possui 4 perguntas, podendo as respostas oscilar de 4 a 20. Basicamente, valores altos representam uma alta qualidade de vida, valores baixos representam uma baixa qualidade de vida.

6.5. Procedimentos

No início desta investigação foi necessário realizar reuniões com a assistente social da FMIVPS, com o objetivo de conhecer a instituição e caracterizar os utentes do serviço de apoio domiciliário desta mesma instituição; foi necessário prestar esclarecimentos sobre o propósito da investigação aos participantes e solicitar o seu consentimento informado para que fosse autorizada a utilização dos instrumentos de recolha de dados (Apêndice B). Quanto à CK Alentejo foram aplicados os mesmos procedimentos. Todos os participantes no projeto foram previamente contactados, a fim de auscultar a sua disponibilidade para a realização das entrevistas, dos questionários e de os agendar. Todos os instrumentos de recolha de dados (entrevista semiestruturada sobre saúde mental e bem-estar em idosos, inventários de saúde mental e de avaliação da qualidade de vida) foram individuais e realizados nas residências dos participantes; tiveram a duração de, aproximadamente, 3 horas e a

sua aplicação garantiu a privacidade de todos. Foi solicitado aos mesmos que respondessem da forma mais sincera possível. Os procedimentos na condução das entrevistas exigiram algumas considerações, nomeadamente: o encorajamento à interação verbal; o reforço de que todas as respostas seriam válidas e que não existiam respostas certas ou erradas; a formulação de questões simples, repetindo ou clarificando, para assegurar que o entrevistado compreendia o que lhe era dito.

Na aplicação dos inventários de saúde mental e de avaliação da qualidade de vida, apesar de serem questionários de autorresposta, o entrevistador leu as instruções e explicou o seu modo de preenchimento aos participantes, informando-os de que o período de referência das respostas é relativo ao período das últimas duas semanas.

7. Apresentação dos Resultados

7.1. Caraterização dos Participantes

A amostra foi feita por conveniência e é constituída por dez participantes: cinco utentes da FMIVPS e cinco clientes da CK Alentejo (Tabela 6).

Tabela 6. Caraterização dos participantes.

Participante	Género	Idade	Formação	Empresa ou Instituição
Participante 1	Masculino	73	9º ano Militar	CK
Participante 2	Feminino	83	Costureira	CK
Participante 3	Feminino	78	Licenciatura Professora Primária	CK
Participante 4	Masculino	72	Licenciatura Engenheiro Agrícola	CK
Participante 5	Masculino	96	4º ano Lavrador/Administrador	CK
Participante 6	Masculino	74	4º ano Trabalhador Rural	FMIVPS
Participante 7	Feminino	82	2º ano Trabalhadora Rural	FMIVPS
Participante 8	Masculino	84	4º ano Agricultor	FMIVPS
Participante 9	Masculino	78	4º ano Trabalhador Rural	FMIVPS
Participante 10	Feminino	88	4º ano Costureira	FMIVPS

7.2. Entrevistas e Inquéritos

7.2.1. Entrevistas Semiestruturadas sobre Saúde Mental e Bem-estar

Após a aplicação das entrevistas semiestruturadas de avaliação neuropsicológica, em que os entrevistados colaboraram, conseguiu-se obter respostas a todas as perguntas. Seguidamente, procedeu-se à respetiva análise de conteúdo.

– Participante 1 (P1)

O P1 tem 73 anos, nasceu em Arraiolos e reside, neste momento, em Évora, é casado, tem 1 filho, não tem netos e é cliente da empresa CK Alentejo.

Na dimensão de recolha de dados sociodemográficos e estado de consciência do entrevistado, o participante apresenta um perfeito estado de consciência. Na sub-dimensão orientação, revela orientação espacial, temporal e diacrónica. Na sub-dimensão nível pré-mórbido, o participante responde com clareza e rapidez a todas as questões. Na sub-dimensão atitude do entrevistado, face à sua situação, sente-se bem, não se descontrola com facilidade e tem uma vida familiar boa.

Na dimensão principais queixas do entrevistado, e concretamente na sub-dimensão queixas subjetivas e espontâneas, o participante sente-se bem, no entanto, em termos bio-comportamentais, apresenta algumas queixas. As queixas são: dores no corpo, ansiedade e mudanças no comportamento sexual, em contrapartida, dorme bem, cuida muito da sua imagem pessoal e toma banho todos os dias.

Na dimensão apoio social, o balanço é muito positivo, como comprovam as sub-dimensões. Na sub-dimensão redes de suporte informal – vizinhos e familiares – o participante está satisfeito com o sítio onde vive, com os vizinhos e com as relações de vizinhança. Na sub-dimensão isolamento social, o participante não passa nenhum tempo sozinho e sente que tem sempre alguém a quem pode recorrer, costuma ainda receber a visita do filho todos os fins-de-semana. Na sub-dimensão relação de amizade, tem como melhores amigos os ex militares e gosta de estar com amigos e família.

Na dimensão envelhecimento, o participante dá especial relevo à sua parte social. Na sub-dimensão envelhecimento bem-sucedido, afirma que o envelhecimento bem-sucedido *“é continuar a fazer a minha vida... estar ativo e ter criado durante a vida uma boa rede social”*.

Na dimensão saúde mental, o participante diz estar estável. Na sub-dimensão interferência da reforma na saúde mental, este quer continuar a fazer a sua vida e acha que a reforma não teve grande interferência, faz tudo igual mas com mais tempo.

Na dimensão qualidade de vida, o participante dá uma grande importância ao apoio domiciliário. Na sub-dimensão interferência do apoio domiciliário na sua qualidade de vida, este afirma, perentoriamente, que obteve segurança na medida em que os familiares encontraram uma resposta que lhe permitiu ficar em casa.

Por fim, quanto à dimensão apoio domiciliário bem-sucedido, o participante afirmou que a sua adaptação foi muito boa porque sabe que tem sempre alguém por perto mas refere que o serviço é um pouco caro.

– Participante 2 (P2)

A P2 tem 83 anos, nasceu em Évora e reside ainda em Évora, nunca casou e não tem filhos. É cliente da empresa CK Alentejo.

Na dimensão de recolha de dados sociodemográficos e estado de consciência da entrevistada, a participante apresenta um perfeito estado de consciência. Na sub-dimensão orientação, revela orientação espacial, temporal e diacrónica. Na sub-dimensão nível pré-mórbido, a participante responde com clareza a todas as questões. Na sub-dimensão atitude do entrevistado, face à sua situação, sente-se muito bem, não se descontrola com facilidade e afirma que a sua vida familiar é boa porque a família gosta dela.

Na dimensão principais queixas do entrevistado, e concretamente na sub-dimensão queixas subjetivas e espontâneas, a participante sente-se bem, no entanto, sente dores, principalmente nas costas. Não sente ansiedade, dorme 8 horas, cuida da sua imagem pessoal, toma banho quatro vezes por semana e não notou nenhuma alteração no seu comportamento sexual.

Na dimensão apoio social, o balanço é muito positivo, como comprovam as sub-dimensões. Na sub-dimensão redes de suporte informal – vizinhos e familiares – a participante vive com a irmã e as cuidadoras, tem uma boa relação com os vizinhos e está satisfeita com as relações de vizinhança. Na sub-dimensão isolamento social, a participante não passa nenhum tempo sozinho e sente que tem sempre alguém a quem pode recorrer, costuma ainda receber a visita da sobrinha todas as semanas.

Na sub-dimensão relação de amizade, tem a irmã como melhor amiga e gosta de estar com pessoas simpáticas.

Na dimensão envelhecimento, a participante aponta claramente o que é importante na sua maneira de ver o envelhecimento bem-sucedido. Na sub-dimensão envelhecimento bem-sucedido, afirma que o envelhecimento bem-sucedido é *“estar com quem gostamos ... com saúde, muita saúde”*.

Na dimensão saúde mental, a participante diz estar a perder alguma saúde mental. Na sub-dimensão interferência da reforma na saúde mental, quer estar ativa no que pode fazer e que é normal estar mais velha e, paralelamente, estar com menos saúde mental.

Na dimensão qualidade de vida, a participante dá uma grande importância ao apoio domiciliário. Na sub-dimensão interferência do apoio domiciliário na sua qualidade de vida, identifica as cuidadoras como o principal fator de qualidade de vida, uma vez que fazem tudo o que ela não pode fazer.

Por fim, quanto à dimensão apoio domiciliário bem-sucedido, a participante afirmou que a sua adaptação foi muito boa porque as cuidadoras são simpáticas.

– Participante 3 (P3)

A P3 tem 78 anos, nasceu em São Gregório e reside em Évora, é viúva, tem 1 filho e 1 neta. É cliente da empresa CK Alentejo.

Na dimensão de recolha de dados sociodemográficos e estado de consciência da entrevistada, a participante apresenta um perfeito estado de consciência. Na sub-dimensão orientação, revela orientação espacial, temporal e diacrónica. Na sub-dimensão nível pré-mórbido, a participante responde com clareza a todas as questões.

Na sub-dimensão atitude do entrevistado, face à sua situação, sente-se mal mas com altos e baixos, acha que se descontrola com facilidade, não pode realizar as suas tarefas habituais, tem dificuldades motoras, de memória e sono e considera a sua vida familiar muito pobre porque as visitas são raras.

Na dimensão principais queixas do entrevistado, e concretamente na sub-dimensão queixas subjetivas e espontâneas, a participante sente-se mal, tem queixas em todo corpo. Sente muita ansiedade, tem muitos sonhos e pesadelos. Cuida muito da sua imagem pessoal, toma banho 4 vezes por semana no inverno e todos os dias no verão, quanto à mudança no seu comportamento sexual, diz que era muito bom e agora é muito mau ou nenhum.

Na dimensão apoio social, o balanço é negativo. Na sub-dimensão redes de suporte informal – vizinhos e familiares – a participante vive com as cuidadoras, tem uma relação distante com os vizinhos e está insatisfeita com as relações de vizinhança. Na sub-dimensão isolamento social, a participante diz passar 64 horas por semana sozinha e sente que tem uma amiga a quem pode recorrer, costuma, ainda, receber a visita de 2 colegas professoras de 2 em 2 meses.

Na sub-dimensão relação de amizade, afirma não ter amigos e que com quem gostava de estar era com a família mas não está.

Na dimensão envelhecimento, a participante está bem convicta com o que acha ser necessário para um envelhecimento bem-sucedido. Na sub-dimensão envelhecimento bem-sucedido, afirma ser necessário não adquirir muitas doenças e manter as faculdades físicas e mentais, ter a família com os elos ligados, sentir amizade e amor.

Na dimensão saúde mental, a participante diz estar a ser positivo a interferência da reforma na sua saúde mental. Na sub-dimensão interferência da reforma na saúde mental, acha que pode promover a sua saúde mental com reuniões, discursos, ler e estudar muito.

Na dimensão qualidade de vida, a participante adquiriu melhor qualidade de vida com o apoio domiciliário. Na sub-dimensão interferência do apoio domiciliário na sua qualidade de vida, identifica a solidão e a necessidade de conversar com outras pessoas a razão principal para ter o apoio domiciliário.

Por fim, quanto à dimensão apoio domiciliário bem-sucedido, a participante afirmou que a sua adaptação foi “*mais ou menos*” progredindo de forma positiva. A participante acha que o serviço é muito caro, as regras da empresa são muito rígidas e que as cuidadoras saem em horário de trabalho.

– **Participante 4 (P4)**

O P4 tem 72 anos, nasceu em Évora e reside, neste momento, em Canaviais, é casado, tem 2 filhos, tem 3 netos e é cliente da empresa CK Alentejo.

Na dimensão de recolha de dados sociodemográficos e estado de consciência do entrevistado, o participante apresenta um perfeito estado de consciência. Na sub-dimensão orientação, revela orientação espacial, temporal e diacrónica. Na sub-dimensão nível pré-mórbido, o participante responde com clareza e rapidez a todas as questões. Na sub-dimensão atitude do entrevistado, face à sua situação, sente-se bem, dentro do possível. Não se descontrola com facilidade, não pode realizar as suas tarefas habituais e tem uma vida familiar normal.

Na dimensão principais queixas do entrevistado, e concretamente na sub-dimensão queixas subjetivas e espontâneas, o participante sente-se “*mais ou menos*”, no entanto, em termos bio-comportamentais, apresenta algumas queixas ao nível dos braços. Precisa de medicação para dormir, tem alguma atenção à sua imagem pessoal, toma banho 4-5 vezes por semana e não notou alguma mudança no seu comportamento sexual.

Na dimensão apoio social, o balanço é muito positivo. Na sub-dimensão redes de suporte informal – vizinhos e familiares – o participante está satisfeito com o sítio onde vive, com os vizinhos e com as relações de vizinhança. Na sub-dimensão isolamento social, o participante passa 4-5 horas sozinho e sente que tem sempre alguém a quem pode recorrer, costuma ainda receber a visita dos filhos e netos todas as semanas. Na sub-dimensão relação de amizade, tem como melhores amigos os colegas das cartas e gosta de estar com a esposa, amigos e família.

Na dimensão envelhecimento, na sub-dimensão envelhecimento bem-sucedido, afirma que o envelhecimento bem-sucedido “*é não estar dependente de outros e fazer atividades do dia-a-dia...com saúde e companhia*”.

Na dimensão saúde mental, na sub-dimensão interferência da reforma na saúde mental, este quer continuar a não estar parado e acha que ter mais tempo para pensar na vida e nos problemas afeta a sua saúde mental.

Na dimensão qualidade de vida, o participante dá uma grande importância ao apoio domiciliário. Na sub-dimensão interferência do apoio domiciliário na sua qualidade de vida, este afirma que desta forma tem sempre a casa e a comida em condições, condições que não teria por não ter capacidade para as realizar.

Por fim, quanto à dimensão apoio domiciliário bem-sucedido, o participante afirmou que a sua adaptação foi muito boa.

– **Participante 5 (P5)**

O P5 tem 96 anos, nasceu em Serpa e reside, neste momento, em Beja, é viúvo, tem 1 filha, tem 2 netas e é cliente da empresa CK Alentejo.

Na dimensão de recolha de dados sociodemográficos e estado de consciência do entrevistado, o participante apresenta um perfeito estado de consciência. Na sub-dimensão orientação, revela orientação espacial, temporal e diacrónica. Na sub-dimensão nível pré-mórbido, o participante responde com clareza e rapidez a todas as questões. Na sub-dimensão atitude do entrevistado, face à sua situação, sente-se bem. Não se descontrola com facilidade, não pode realizar as suas tarefas habituais e tem uma vida familiar boa.

Na dimensão principais queixas do entrevistado, e concretamente na sub-dimensão queixas subjetivas e espontâneas, o participante sente-se bem mas as mãos já não respondem como quer. Não sente ansiedade, tem um sono normal, cuida da sua imagem pessoal e toma banho 3 vezes por semana.

Na dimensão apoio social, na sub-dimensão redes de suporte informal – vizinhos e familiares – o participante está satisfeito com o sítio onde vive, com os vizinhos e com as relações de vizinhança. Na sub-dimensão isolamento social, o participante não passa nenhum tempo sozinho e sente que tem sempre alguém a quem pode recorrer, costuma ainda receber a visita da filha e netas todas as semanas. Na sub-dimensão relação de amizade, tem como melhores amigos os amigos agricultores e família.

Na dimensão envelhecimento, na sub-dimensão envelhecimento bem-sucedido, afirma que o envelhecimento bem-sucedido “*é estar sempre a fazer coisas...com saúde*”.

Na dimensão saúde mental, na sub-dimensão interferência da reforma na saúde mental, este quer continuar a estar ativo mas diz ter perdido capacidades.

Na dimensão qualidade de vida, o participante acredita ter adquirido melhor qualidade de vida. Na sub-dimensão interferência do apoio domiciliário na sua qualidade de vida, este afirma que desta forma pode ir a todo lado.

Por fim, quanto à dimensão apoio domiciliário bem-sucedido, o participante afirmou que a sua adaptação foi boa.

– Participante 6 (P6)

O P6 tem 74 anos, nasceu em Campinho, e reside, neste momento, em Reguengos de Monsaraz, é viúvo, tem 2 filhos, tem 3 netos e é utente da FMIVPS.

Na dimensão de recolha de dados sociodemográficos e estado de consciência do entrevistado, o participante apresenta um perfeito estado de consciência. Na sub-dimensão orientação, revela orientação espacial, temporal e diacrónica. Na sub-dimensão nível pré-mórbido, o participante responde com clareza a todas as questões. Na sub-dimensão atitude do entrevistado, face à sua situação, sente-se mal, descontrola-se com facilidade, não pode realizar as suas tarefas habituais e não tem vida familiar porque a sua família não o visita.

Na dimensão principais queixas do entrevistado, e concretamente na sub-dimensão queixas subjetivas e espontâneas, o participante sente-se mal, apresenta queixas no corpo, por vezes, sente ansiedade e tem um sono “*mais ou menos*”. Afirma cuidar da sua imagem pessoal porque faz a barba todos os dias e toma banho 1 ou 2 vezes por semana, também tem notado mudança no seu comportamento sexual.

Na dimensão apoio social, o balanço é razoável, como comprovam as sub-dimensões. Na sub-dimensão redes de suporte informal – vizinhos e familiares – o participante está satisfeito com o sítio onde vive, com os vizinhos e com as relações de vizinhança. Na sub-dimensão isolamento social, o participante passa muito tempo sozinho e sente que não tem ninguém a quem pode recorrer, costuma receber poucas visitas, a mais

frequente é a vizinha que o visita 3 vezes por semana. Na sub-dimensão relação de amizade, tem como melhor amigo o Sr. Zé da mercearia e gosta de estar com os amigos.

Na dimensão envelhecimento, o participante afirma que os pontos chave são a saúde e o dinheiro. Na sub-dimensão envelhecimento bem-sucedido, afirma que o envelhecimento bem-sucedido *“é ter saúde e dinheiro”*.

Na dimensão saúde mental, o participante diz estar cada vez pior e que isso o afeta. Na sub-dimensão interferência da reforma na saúde mental, este queria sair mais de casa mas não pode por estar sozinho.

Na dimensão qualidade de vida, o participante não dá uma grande importância ao apoio domiciliário. Na sub-dimensão interferência do apoio domiciliário na sua qualidade de vida, este afirma ser melhor porque lhe trazem a comida, embora ache que poderia ser mais.

Por fim, quanto à dimensão apoio domiciliário bem-sucedido, o participante afirmou que a sua adaptação foi boa e que está a ser uma boa experiência.

– Participante 7 (P7)

A P7 tem 82 anos, nasceu em Reguengos de Monsaraz e reside, ainda, em Reguengos de Monsaraz, é casada, tem 3 filhos e 7 netos. É utente da FMIVPS.

Na dimensão de recolha de dados sociodemográficos e estado de consciência da entrevistada, a participante apresenta um perfeito estado de consciência. Na sub-dimensão orientação, revela orientação espacial, temporal e diacrónica. Na sub-dimensão nível pré-mórbido, a participante responde com clareza a todas as questões. Na sub-dimensão atitude do entrevistado, face à sua situação, sente-se cansada e velha, não tem médico de família certo, descontrola-se com facilidade e a sua vida familiar é razoável.

Na dimensão principais queixas do entrevistado, e concretamente na sub-dimensão queixas subjetivas e espontâneas, a participante sente-se sozinha e cansada, com queixas generalizadas pelo corpo e doenças, como diabetes e artroses.

Na dimensão apoio social, a participante está satisfeita. Na sub-dimensão redes de suporte informal – vizinhos e familiares – a participante vive com o marido, tem uma relação normal com os vizinhos e está satisfeita com as relações de vizinhança. Na sub-dimensão isolamento social, a participante passa algum tempo sozinha e sente que tem sempre alguém a quem pode recorrer, costuma ainda receber visitas dos filhos e netos. Na sub-dimensão relação de amizade, tem o marido como melhor amigo e afirma gostar de estar com os filhos, netos e marido.

Na dimensão envelhecimento, a participante aponta, claramente, o que é importante na sua maneira de ver o envelhecimento bem-sucedido. Na sub-dimensão envelhecimento bem-sucedido, afirma que o envelhecimento bem-sucedido é não ter dores e ter os filhos e a família por perto, com comida na mesa.

Na dimensão saúde mental, a participante diz ter muito tempo e estar aborrecida. Na sub-dimensão interferência da reforma na saúde mental, acha que deve promover a sua saúde mental a tratar das plantas e conversar com os vizinhos.

Na dimensão qualidade de vida, a participante dá importância ao apoio domiciliário. Na sub-dimensão interferência do apoio domiciliário na sua qualidade de vida, identifica a alimentação como o fator principal, embora faça alguns reparos quanto ao sabor da mesma.

Por fim, quanto à dimensão apoio domiciliário bem-sucedido, a participante afirmou que a sua adaptação foi boa.

– Participante 8 (P8)

O P8 tem 84 anos, nasceu em Reguengos de Monsaraz, e reside, neste momento, em Reguengos de Monsaraz, é casado, tem 1 filho e 1 neto e é utente da FMIVPS.

Na dimensão de recolha de dados sociodemográficos e estado de consciência do entrevistado, o participante apresenta um perfeito estado de consciência. Na sub-dimensão orientação, revela orientação espacial, temporal e diacrónica. Na sub-dimensão nível pré-mórbido, o participante responde com clareza a todas as questões. Na sub-dimensão atitude do entrevistado, face à sua situação, sente-se bem, não se

descontrola com facilidade, pode realizar as suas tarefas habituais, tem algumas dificuldades na locomoção e tem uma vida familiar razoável.

Na dimensão principais queixas do entrevistado, e concretamente na sub-dimensão queixas subjetivas e espontâneas, o participante sente-se bem, apresenta queixas no corpo, por vezes, sente ansiedade e tem um sono “*mais ou menos*”. Afirma cuidar da sua imagem pessoal e toma banho 1 vez por semana; tem notado mudança no seu comportamento sexual já há algum tempo.

Na dimensão apoio social, o balanço é positivo, como comprovam as sub-dimensões. Na sub-dimensão redes de suporte informal – vizinhos e familiares – o participante está satisfeito com o sítio onde vive, com os vizinhos e com as relações de vizinhança. Na sub-dimensão isolamento social, o participante passa muito tempo sozinho e tem a mulher a quem pode recorrer, costuma receber poucas visitas, a mais frequente é o filho que o visita 1 vez por mês. Na sub-dimensão relação de amizade, aponta os animais como melhores amigos e gosta de estar com toda a gente.

Na dimensão envelhecimento, o participante afirma que os pontos chaves são a saúde e o dinheiro. Na sub-dimensão envelhecimento bem-sucedido, afirma que o envelhecimento bem-sucedido “*é ter dinheiro e saúde que o resto vem*”.

Na dimensão saúde mental, o participante diz estar mais velho. Na sub-dimensão interferência da reforma na saúde mental, este queria falar mais com as pessoas.

Na dimensão qualidade de vida, o participante dá importância ao apoio domiciliário. Na sub-dimensão interferência do apoio domiciliário na sua qualidade de vida, este afirma ser melhor porque lhe trazem a comida, uma vez que a mulher já não tinha condições para cozinhar.

Por fim, quanto à dimensão apoio domiciliário bem-sucedido, o participante afirmou que a sua adaptação foi boa, uma vez que o participante faz o pagamento e a FMIVPS traz a comida, ou seja, a experiência tem sido boa.

– Participante 9 (P9)

O P9 tem 78 anos, nasceu em São Marcos do Campo, e reside, neste momento, em Reguengos de Monsaraz, é casado, tem 1 filha e 2 netos e é utente da FMIVPS.

Na dimensão de recolha de dados sociodemográficos e estado de consciência do entrevistado, o participante apresenta um perfeito estado de consciência. Na sub-dimensão orientação, revela orientação espacial, temporal e diacrónica. Na sub-dimensão nível pré-mórbido, o participante responde com clareza a todas as questões. Na sub-dimensão atitude do entrevistado, face à sua situação, sente-se “*mais ou menos*”, não se descontrola com facilidade, realiza as suas tarefas habituais com dificuldade e tem uma vida familiar boa.

Na dimensão principais queixas do entrevistado, e concretamente na sub-dimensão queixas subjetivas e espontâneas, o participante sente-se “*mais ou menos*”, apresenta queixas no corpo devido a doença crónica reumatológica, sente ansiedade e tem um sono normal. Afirma não cuidar da sua imagem pessoal e toma banho 1 vez por mês, tem notado mudança no seu comportamento sexual.

Na dimensão apoio social, o participante vive com a esposa numa habitação isolada. Na sub-dimensão redes de suporte informal – vizinhos e familiares – o participante está satisfeito com o sítio onde vive, não tem vizinhos e não tem relações de vizinhança. Na sub-dimensão isolamento social, o participante passa muito tempo sozinho e tem a mulher a quem pode recorrer, costuma receber a visita da filha quase todos os dias. Na sub-dimensão relação de amizade, aponta a filha como melhor amiga e a família como o grupo de pessoas que mais gosta de estar.

Na dimensão envelhecimento, o participante afirma que o importante é estar em casa. Na sub-dimensão envelhecimento bem-sucedido, afirma que o envelhecimento bem-sucedido é ter saúde e dinheiro.

Na dimensão saúde mental, o participante diz estar bem assim. Na sub-dimensão interferência da reforma na saúde mental, este refere que a reforma não interfere nada na sua saúde mental.

Na dimensão qualidade de vida, o participante dá importância ao apoio domiciliário. Na sub-dimensão interferência do apoio domiciliário na sua qualidade de vida, este afirma que adquiriu qualidade de vida porque os funcionários vêm todos os dias e trazem a comida.

Por fim, quanto à dimensão apoio domiciliário bem-sucedido, o participante afirmou ter-se adaptado bem e que a experiência tem sido boa, embora ache que a comida deveria ser em maior quantidade.

– **Participante 10 (P10)**

A P10 tem 88 anos, nasceu em Reguengos de Monsaraz e reside ainda em Reguengos de Monsaraz, nunca casou, não tem filhos e é utente da FMIVPS.

Na dimensão de recolha de dados sociodemográficos e estado de consciência da entrevistada, a participante apresenta um perfeito estado de consciência. Na sub-dimensão orientação, revela orientação espacial, temporal e diacrónica. Na sub-dimensão nível pré-mórbido, a participante responde com clareza a todas as questões. Na sub-dimensão atitude do entrevistado, face à sua situação, sente-se bem, não se descontrola com facilidade, já não pode realizar as tarefas habituais e é visitada pelos sobrinhos com regularidade.

Na dimensão principais queixas do entrevistado, e concretamente na sub-dimensão queixas subjetivas e espontâneas, a participante sente-se bem, com queixas generalizadas pelo corpo e, principalmente, na cabeça. Não sente ansiedade, cuida da sua imagem pessoal, toma banho 1 ou 2 vezes por semana e não notou nenhuma mudança no seu comportamento sexual.

Na dimensão apoio social, a participante está satisfeita. Na sub-dimensão redes de suporte informal – vizinhos e familiares – a participante vive sozinha, tem uma boa relação com os vizinhos e está muito satisfeita com as relações de vizinhança. Na sub-dimensão isolamento social, a participante passa muito tempo sozinha e sente que tem sempre alguém a quem pode recorrer, costuma ainda receber visitas dos sobrinhos e das vizinhas. Na sub-dimensão relação de amizade, tem a vizinha como melhor amiga e é, também, a pessoa com quem gosta de estar.

Na dimensão envelhecimento, a participante aponta, claramente, o que é importante na sua maneira de ver o envelhecimento bem-sucedido. Na sub-dimensão envelhecimento bem-sucedido, afirma que é ter tudo à disposição, nomeadamente saúde e comida.

Na dimensão saúde mental, a participante afirma que a televisão é muito importante. Na sub-dimensão interferência da reforma na saúde mental, acha que deve promover a sua saúde mental a ver televisão.

Na dimensão qualidade de vida, a participante dá importância ao apoio domiciliário. Na sub-dimensão interferência do apoio domiciliário na sua qualidade de vida, identifica a

alimentação como o fator principal embora diga que as senhoras do apoio domiciliário *“vêm sempre de fugida e só de manhã e à tarde e ao fim de semana nada”*.

Por fim, quanto à dimensão apoio domiciliário bem-sucedido, a participante afirmou que a sua adaptação foi boa.

A Tabela 7 apresenta as respostas dadas pelos participantes na entrevista de avaliação neuropsicológica.

Tabela 7. Resumo das respostas dadas pelos participantes na entrevista de avaliação neuropsicológica.

Dimensão	Sub-dimensão	Análise Global
Recolher Dados Sociodemográficos e Estado de Consciência	Orientação	- Revelam orientação espacial, temporal e diacrónica (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10).
	Nível pré-mórbido	- Responderam às questões (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10).
	Atitude do idoso face à sua situação	- Revelam boa atitude (P1, P2, P4, P5, P8, P9, P10); - Revelam atitude negativa (P3, P6, P7); - Descontrola-se com facilidade (P3, P6, P7); - Vida familiar insuficiente (P3, P6).
Principais Queixas do Paciente	Queixas subjetivas e espontâneas	- Sente-se bem mas com queixas nos aspetos bio-comportamentais (P1, P2, P4, P5, P8, P9, P10); - Sente-se mal, com queixas nos aspetos bio-comportamentais (P3, P6, P7); - Sente ansiedade (P1, P2, P3, P6, P7, P8, P9); - Não sente ansiedade (P4, P5, P10); - Cuida da sua imagem pessoal (P1, P2, P3, P4, P5, P8, P10); - Não cuida da sua imagem pessoal (P6, P7, P9).
Apoio Social	Redes de suporte informal – vizinhos e familiares	- Sente-se bem no sítio onde vive e mantém uma boa relação de vizinhança (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10).
	Isolamento social	- Passa muitas horas sozinho (P6, P7, P8, P9, P10); - Passa poucas horas sozinho (P1, P2, P3, P4, P5); - Não tem suporte social (P6); - Tem suporte social (P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9, P10).
	Relações de amizade	- Familiares, amigos e empresa (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10).
Envelhecimento	Envelhecimento bem-sucedido	- Continuar a fazer a sua vida e estar ativo com saúde (P1, P2, P4, P5); - Com saúde e com a família (P3, P7, P8, P9); - Com saúde e dinheiro (P6, P10).
Saúde Mental	Interferência da reforma na saúde mental	- Continuar a fazer a sua vida, não teve grande interferência a reforma na sua saúde mental (P1, P3, P4, P9); - Continuar a fazer a sua vida, teve alguma interferência a reforma na sua saúde mental (P2, P5, P6, P7, P8, P10).
Qualidade de Vida	Interferência do apoio domiciliário na sua qualidade de vida	- Adquiriu melhor qualidade de vida (P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9, P10); - Não adquiriu melhor qualidade de vida (P6); - A companhia das cuidadoras (P1, P3, P4); - Liberdade e segurança (P2, P5); - Melhor porque me trazem as refeições (P6, P7, P8, P9, P10).
Apoio Domiciliário Bem-sucedido	Apoio domiciliário bem-sucedido	- Boa adaptação (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10); - Boa adaptação, ter sempre alguém por perto (P1, P2, P5); - Serviço caro (P1, P3, P5).

A análise geral das entrevistas de avaliação neuropsicológica, na dimensão dados sociodemográficos e estado de consciência, permitiu registar informação dos entrevistados relativamente às sub-dimensões: orientação, nível pré-mórbido e atitude do paciente face à sua situação. Na sub-dimensão orientação, os entrevistados revelaram-se orientados e assertivos nas suas respostas; em relação ao nível pré-

mórbido, responderam a todas as questões, conseguindo identificar as suas rotinas diárias, bem como aspetos da sua vida pessoal e profissional, passado e presente; no que concerne à atitude dos participantes face à sua situação, revelaram boa atitude e conforto com a sua vida.

Na dimensão principais queixas do entrevistado, os participantes sentem-se, de uma forma geral, bem, com queixas bio-comportamentais a nível do corpo; apenas P3, P6 e P7 afirmam sentirem-se mal. Também a maior parte sente ansiedade, com exceção de P4, P5 e P10. Quanto a cuidar da sua imagem pessoal, apenas P6, P7 e P9 afirmam não cuidar.

Na dimensão apoio social, os participantes responderam com assertividade, uma vez que todos responderam sentirem-se bem onde vivem e terem uma boa relação de vizinhança. Já na sub-dimensão isolamento social, P1, P2, P3, P4 e P5 afirmam não passarem muito tempo sozinhos mas P6, P7, P8, P9 e P10 apontam esse facto como uma triste realidade. Todos tem relações de amizade sediadas na família e amigos.

Na dimensão envelhecimento e sub-dimensão envelhecimento bem-sucedido, P1, P2, P4 e P5 afirmam ser essencial ter uma vida ativa e com saúde; P3, P7, P8 e P9 afirmam que o mais importante é a saúde e a família; P6 e P10 dizem ser a saúde e o dinheiro o mais importante.

Na dimensão de saúde mental, pode dividir-se as respostas dos participantes em 2 grupos: o grupo que quer continuar a fazer a sua vida e acha que a reforma não teve nenhuma interferência na sua vida: P1, P3, P4 e P9; e o grupo que também quer continuar a ter a sua vida mas acha que a reforma interferiu na sua saúde mental: P2, P5, P6, P7, P8 e P10.

Na dimensão de qualidade de vida e sub-dimensão interferência do apoio domiciliário, é de salientar que todos os participantes adquiriram melhor qualidade de vida, com exceção de P6. Os participantes P1, P3 e P4 afirmam que a presença de cuidadoras melhora a sua qualidade de vida; P2 e P5 dizem que o apoio domiciliário lhes deu liberdade e segurança; e P6, P7, P8, P9 e P10 acreditam que a única vantagem foi o fornecimento das refeições.

Por último, relativamente à dimensão apoio domiciliário bem-sucedido, todos os participantes afirmam terem tido uma boa adaptação: P1, P2 e P5 dizem ter sempre alguém por perto e P1, P3 e P5 acham o serviço caro.

7.2.2. Inventário de Saúde Mental

Através da aplicação do inventário de saúde mental, teve-se como objetivo a avaliação da saúde mental dos idosos participantes. Esta avaliação é baseada em 5 escalas, caracterizadas por: afeto positivo, laços emocionais, perda de controlo emocional/comportamental, ansiedade e depressão. Estas escalas estão divididas em 2 dimensões: o bem-estar positivo e o distress. O bem-estar positivo é o somatório da pontuação da escala do afeto positivo e dos laços emocionais, enquanto o distress é o somatório da escala controlo emocional/comportamental, ansiedade e depressão. Nos gráficos (Gráficos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10) estão apresentados os resultados individuais, transformados entre zero a cem (0 a 100), de cada um dos entrevistados/participantes.

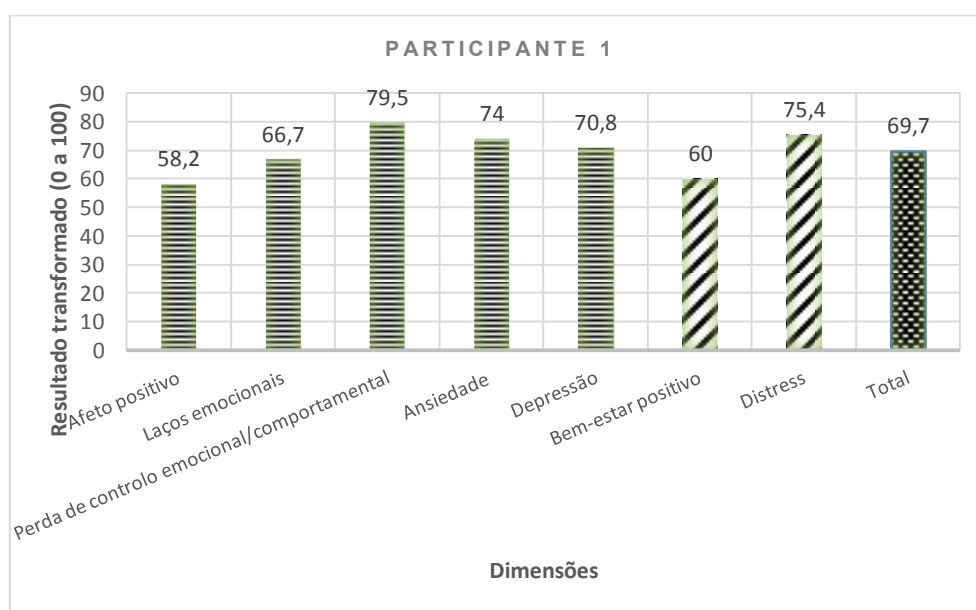


Gráfico 1. Inventário de saúde mental referente ao P1.

Através da representação gráfica (Gráfico 1) é possível visualizar que o P1, relativamente às dimensões primárias, a nível do afeto positivo, apresenta 58,2 pontos, os laços emocionais mostram 66,7 pontos, a perda de controlo emocional/comportamental 79,5 ponto, a ansiedade aponta para 74 pontos e a depressão para 70,8 pontos. Em relação às dimensões bem-estar positivo, obteve 60 pontos e o distress alcançou 75,7 pontos. O total do resultado é 69,7 pontos.

O resultado total de 69,7 pontos (acima de 60 pontos) aponta para a inexistência de qualquer sintomatologia ao nível da avaliação da saúde mental do P1.

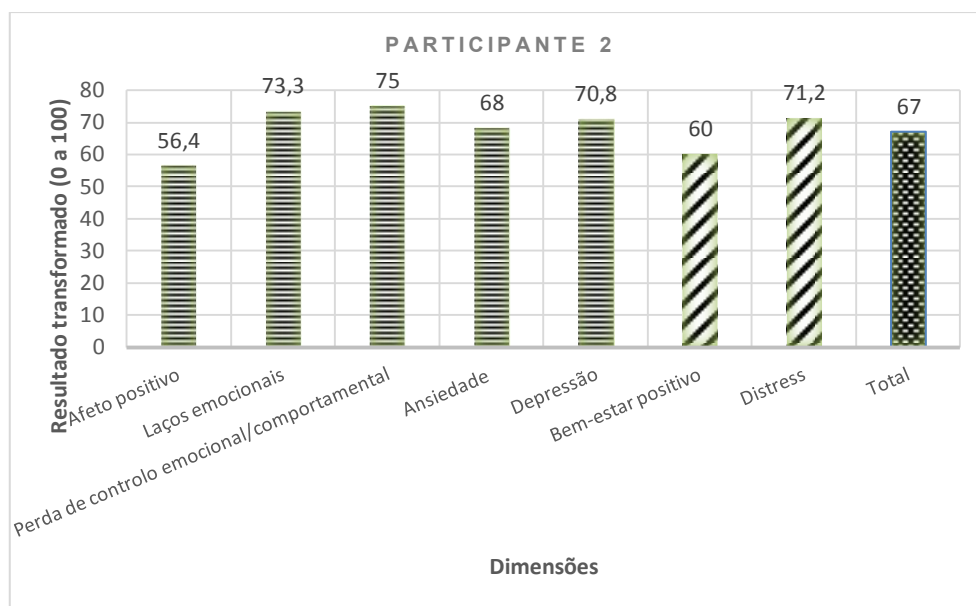


Gráfico 2. Inventário de saúde mental referente ao P2.

Através da representação gráfica (Gráfico 2) é possível visualizar que o P2, relativamente às dimensões primárias, a nível do afeto positivo apresenta 56,4 pontos, os laços emocionais mostram 73,3 pontos, a perda de controlo emocional/comportamental 75 pontos, a ansiedade aponta para 68 pontos e a depressão para 70,8 pontos. Em relação às dimensões bem-estar positivo, obteve 60 pontos e o distress alcançou 71,2 pontos. O total do resultado é 67 pontos.

O resultado total de 67 pontos (acima de 60 pontos) aponta para a inexistência de qualquer sintomatologia ao nível da avaliação da saúde mental do P2.

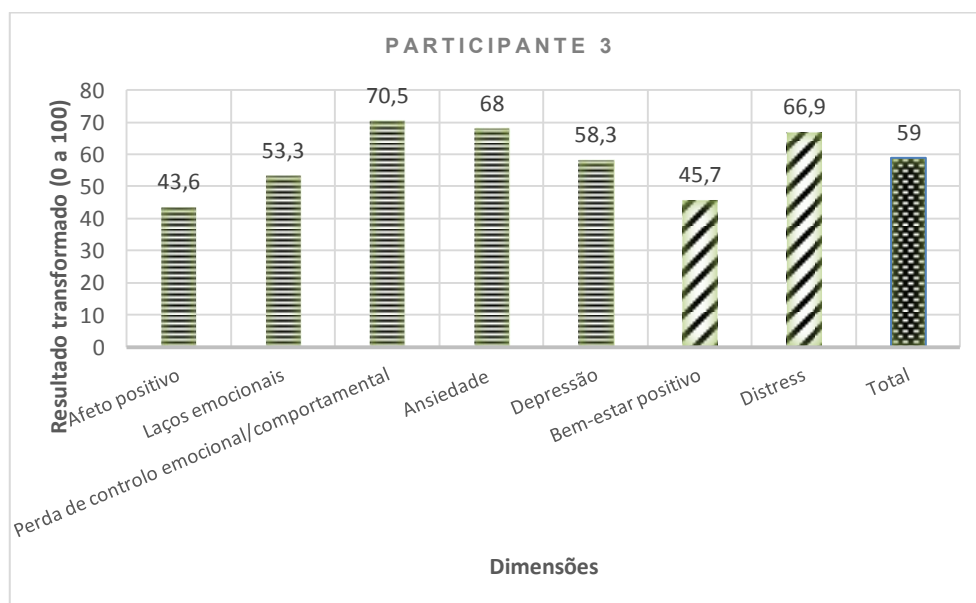


Gráfico 3. Inventário de saúde mental referente ao P3.

Através da representação gráfica (Gráfico 3) é possível visualizar que o P3, relativamente às dimensões primárias, a nível do afeto positivo apresenta 43,6 pontos, os laços emocionais mostram 53,3 pontos, a perda de controlo emocional/comportamental 70,5 pontos, a ansiedade aponta para 68 pontos e a depressão para 58,3 pontos. Em relação às dimensões bem-estar positivo, obteve 45,7 pontos e o distress alcançou 66,9 pontos. O total do resultado é 59 pontos.

O resultado total de 59 pontos (abaixo de 60 pontos) está no limiar de apontar para a inexistência de qualquer sintomatologia ao nível da avaliação da saúde mental do participante, no entanto, com 59 pontos está na bitola de sintomas moderados ao nível da saúde mental.

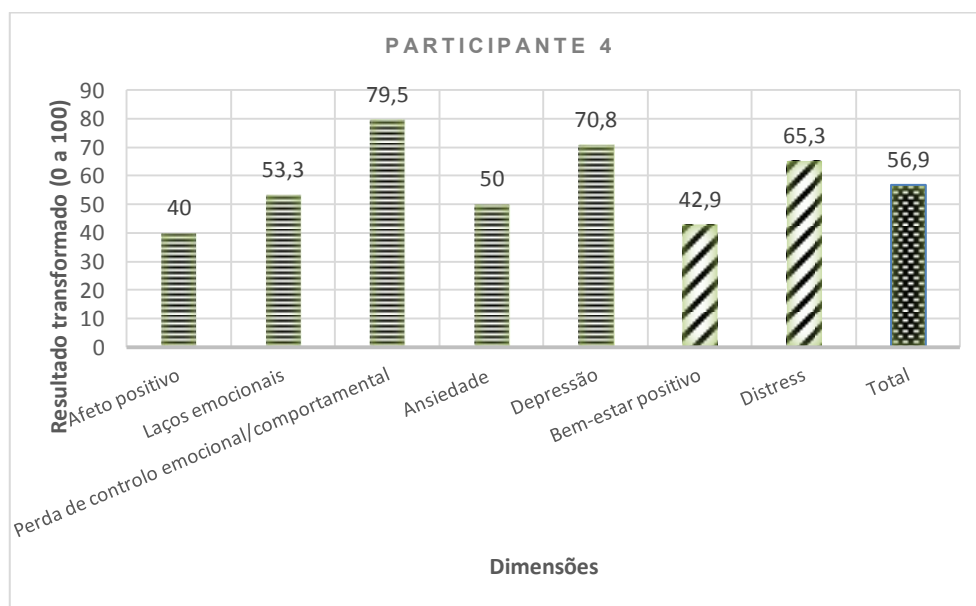


Gráfico 4. Inventário de saúde mental referente ao P4.

Através da representação gráfica (Gráfico 4) é possível visualizar que o P4, relativamente às dimensões primárias, a nível do afeto positivo apresenta 40 pontos, os laços emocionais mostram 53,3 pontos, a perda de controlo emocional/comportamental 79,5 pontos, a ansiedade aponta para 50 pontos e a depressão para 70,8 pontos. Em relação às dimensões bem-estar positivo, obteve 42,9 pontos e o distress alcançou 65,3 pontos. O total do resultado é 56,9 pontos.

O resultado total de 56,9 pontos (acima de 52 pontos e não superior a 60 pontos) aponta para existência de sintomas moderados, ao nível da avaliação da saúde mental do P4.

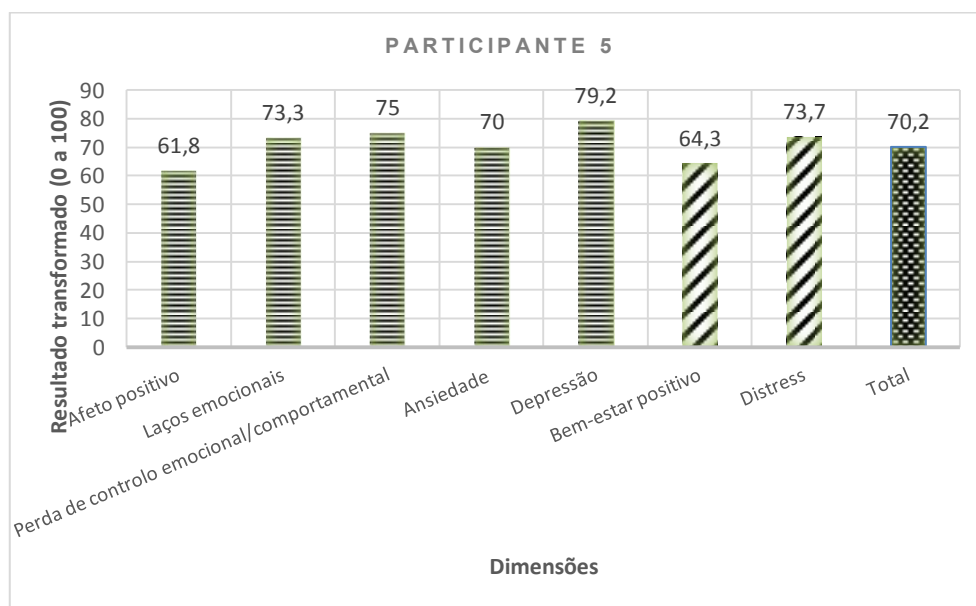


Gráfico 5. Inventário de saúde mental referente ao P5.

Através da representação gráfica (Gráfico 5) é possível visualizar que o P5, relativamente às dimensões primárias, a nível do afeto positivo apresenta 61,8 pontos, os laços emocionais mostram 73,3 pontos, a perda de controlo emocional/comportamental 75 pontos, a ansiedade aponta para 70 pontos e a depressão para 79,2 pontos. Em relação às dimensões bem-estar positivo, obteve 64,3 pontos e o distress alcançou 73,7 pontos. O total do resultado é 70,2 pontos.

O resultado total de 70,2 pontos (acima de 60 pontos) aponta para a inexistência de qualquer sintomatologia ao nível da avaliação da saúde mental do P5.

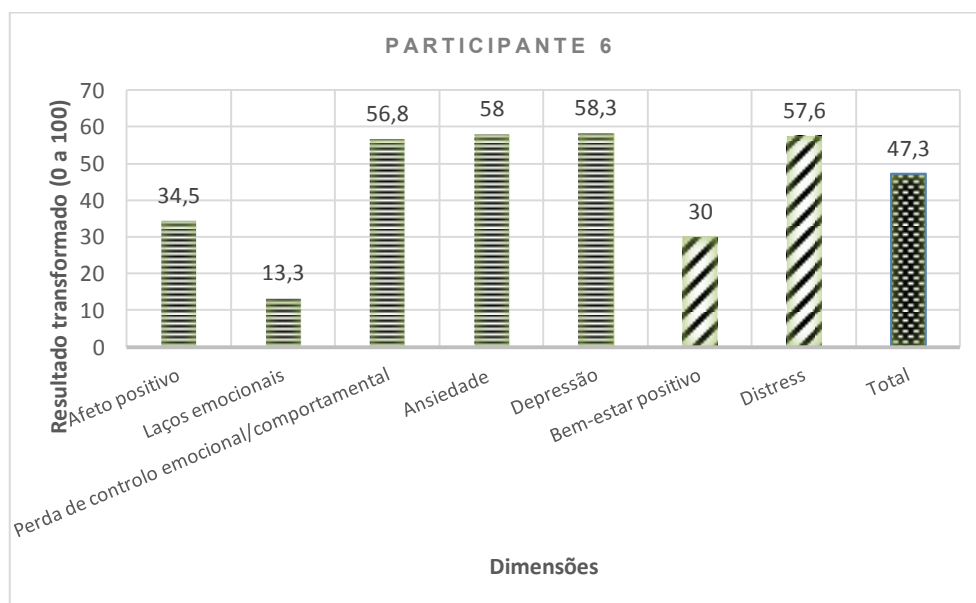


Gráfico 6. Inventário de saúde mental referente ao P6.

Através da representação gráfica (Gráfico 6) é possível visualizar que o P6, relativamente às dimensões primárias, a nível do afeto positivo apresenta 34,5 pontos, os laços emocionais mostram 13,3 pontos, a perda de controlo emocional/comportamental 56,8 pontos, a ansiedade aponta para 58 pontos e a depressão para 58,3 pontos. Em relação às dimensões bem-estar positivo, obteve 30 pontos e o distress alcançou 57,6 pontos. O total do resultado é 47,3 pontos.

O resultado total de 47,3 pontos (abaixo de 52 pontos) aponta para existência de sintomas graves, ao nível da avaliação da saúde mental do P6.

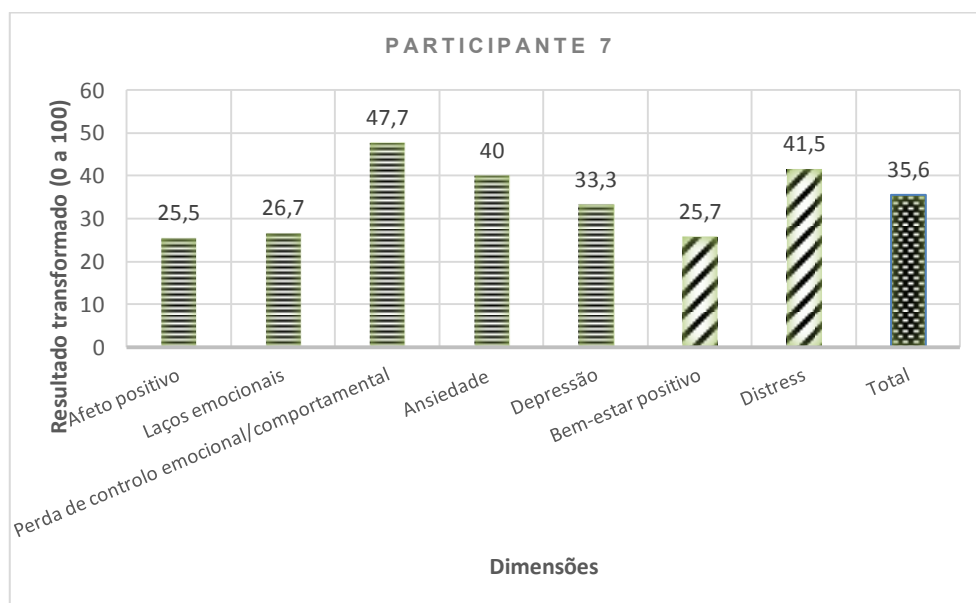


Gráfico 7. Inventário de saúde mental referente ao P7.

Através da representação gráfica (Gráfico 7) é possível visualizar que o P7, relativamente às dimensões primárias, a nível do afeto positivo apresenta 25,5 pontos, os laços emocionais mostram 26,7 pontos, a perda de controlo emocional/comportamental 47,7 pontos, a ansiedade aponta para 40 pontos e a depressão para 33,3 pontos. Em relação às dimensões bem-estar positivo, obteve 25,7 pontos e o distress alcançou 41,5 pontos. O total do resultado é 35,6 pontos.

O resultado total de 35,6 pontos (abaixo de 52 pontos) aponta para existência de sintomas graves, ao nível da avaliação da saúde mental do P7.

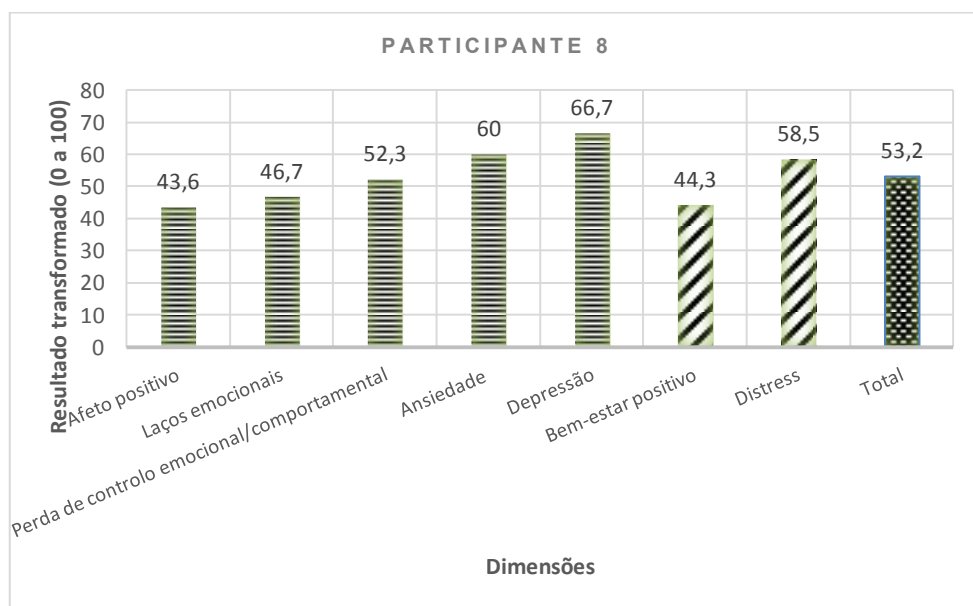


Gráfico 8. Inventário de saúde mental referente ao P8.

Através da representação gráfica (Gráfico 8) é possível visualizar que o P8, relativamente às dimensões primárias, a nível do afeto positivo apresenta 43,6 pontos, os laços emocionais mostram 46,7 pontos, a perda de controlo emocional/comportamental 52,3 pontos, a ansiedade aponta para 60 pontos e a depressão para 66,7 pontos. Em relação às dimensões bem-estar positivo, obteve 44,3 pontos e o distress alcançou 58,5 pontos. O total do resultado é 53,2 pontos.

O resultado total de 53,2 pontos (acima de 52 pontos e não acima de 60 pontos) aponta para existência de sintomas moderados, ao nível da avaliação da saúde mental do P8.

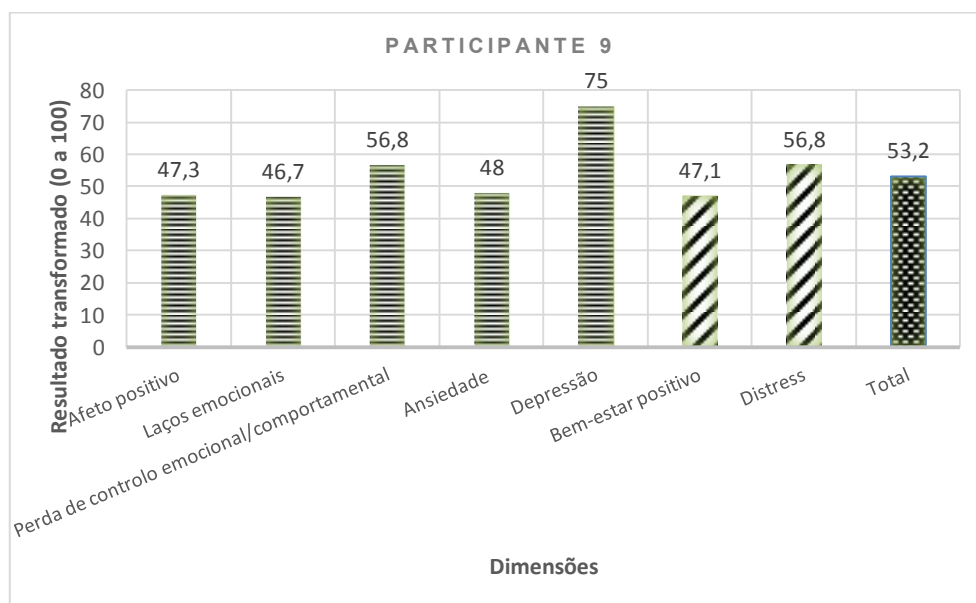


Gráfico 9. Inventário de saúde mental referente ao P9.

Através da representação gráfica (Gráfico 9) é possível visualizar que o P9, relativamente às dimensões primárias, a nível do afeto positivo apresenta 47,3 pontos, os laços emocionais mostram 46,7 pontos, a perda de controlo emocional/comportamental 56,8 pontos, a ansiedade aponta para 48 pontos e a depressão para 75 pontos. Em relação às dimensões bem-estar positivo, obteve 47,1 pontos e o distress alcançou 56,8 pontos. O total do resultado é 53,2 pontos.

O resultado total de 53,2 pontos (acima de 52 pontos e não acima de 60 pontos) aponta para existência de sintomas moderados, ao nível da avaliação da saúde mental do P9.

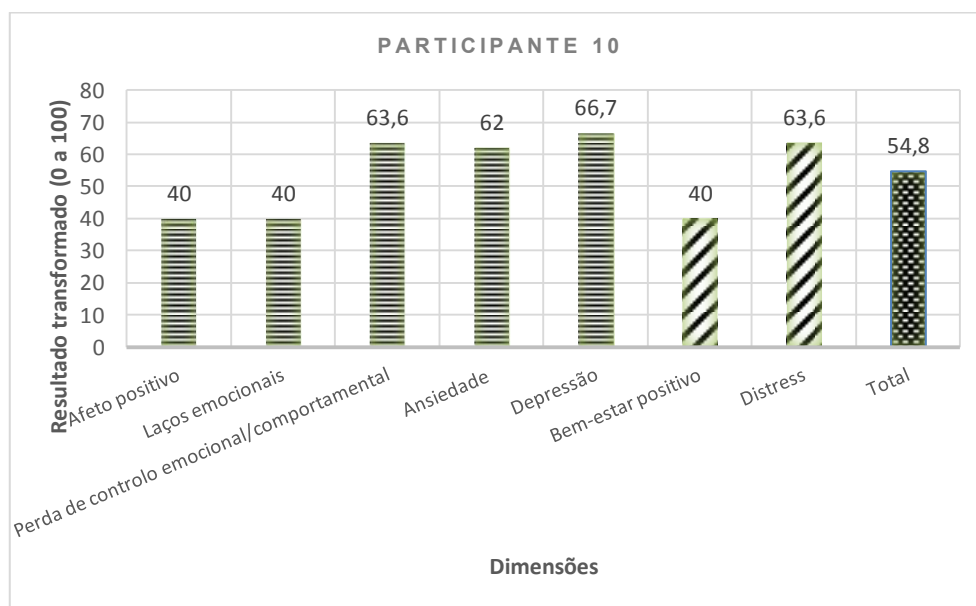


Gráfico 10. Inventário de saúde mental referente ao P10.

Através da representação gráfica (Gráfico 10) é possível visualizar que o P10, relativamente às dimensões primárias, a nível do afeto positivo apresenta 40 pontos, os laços emocionais mostram 40 pontos, a perda de controlo emocional/comportamental 63,6 pontos, a ansiedade aponta para 62 pontos e a depressão para 66,7 pontos. Em relação às dimensões bem-estar positivo, obteve 40 pontos e o distress alcançou 63,6 pontos. O total do resultado é 54,8 pontos.

O resultado total de 54,8 pontos (acima de 52 pontos e não acima de 60 pontos) aponta para existência de sintomas moderados, ao nível da avaliação da saúde mental do P10.

7.2.3. Inventário de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-OLD

A aplicação do inventário de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-OLD teve como objetivo a avaliação da qualidade de vida dos idosos participantes. O inventário é constituído por 24 perguntas. As respetivas respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5) atribuídos a 6 domínios/facetas, que são: habilidades sensoriais; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade. Cada um dos domínios/facetas possui 4 perguntas, podendo as respostas oscilar de 4 a 20 pontos, num total de 6 domínios. Logo, um total 120 pontos (média de 5 pontos) corresponde a 100% de qualidade de vida. Através dos Gráficos 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 e 20 é possível visualizar os resultados do WHOQOL-OLD, tendo presente que a qualidade de vida necessita melhorar quando a média for de 1 até 2,9 ou total até 11,6 pontos; é regular quando a média for de 3 até 3,9 ou total até 15,6; é boa quando a média for de 4 até 4,9 ou total até 19,6; e é muito boa quando a média for igual a 5 ou total 20.

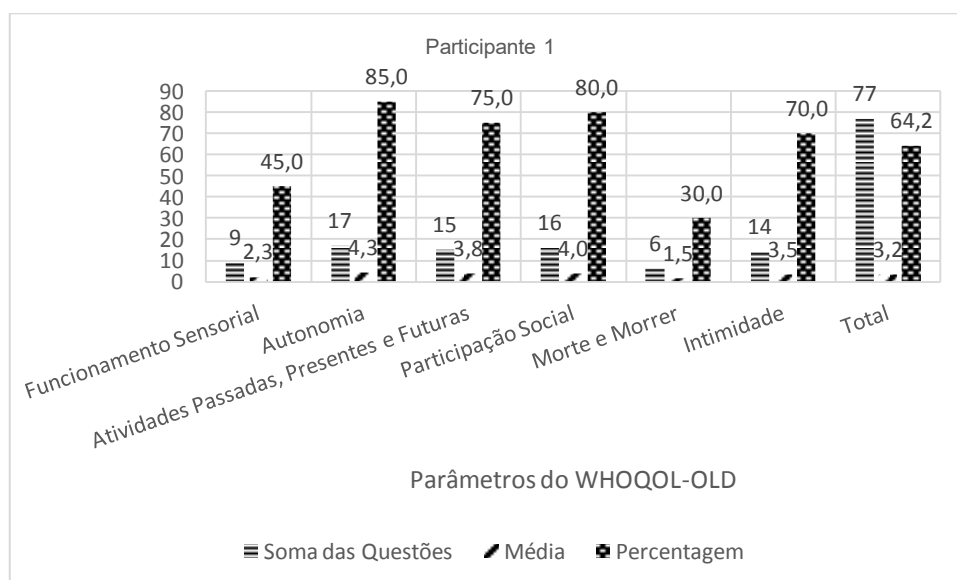


Gráfico 11. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P1.

Através da representação gráfica (Gráfico 11) pode verificar-se que o P1, relativamente aos domínios/facetetas, apresenta os seguintes valores:

- Funcionamento/habilidade sensorial, que avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação, apresenta 9 pontos: necessita melhorar a qualidade de vida;
- Autonomia, que avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independente e tomar decisões, apresenta 17 pontos: boa qualidade de vida;
- Atividades passadas, presentes e futuras, que avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar, apresenta 15 pontos: regular qualidade de vida;
- Participação social, que avalia a participação em atividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade, apresenta 16 pontos: boa qualidade de vida;
- Morte e morrer, que avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer, apresenta 6 pontos: necessita melhorar a qualidade de vida;
- Intimidade, que avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas, 15 pontos: regular qualidade de vida.

O resultado total de 77 pontos, 3,2 de média, que corresponde a uma percentagem de 64.2%, aponta para o resultado de regular qualidade de vida.

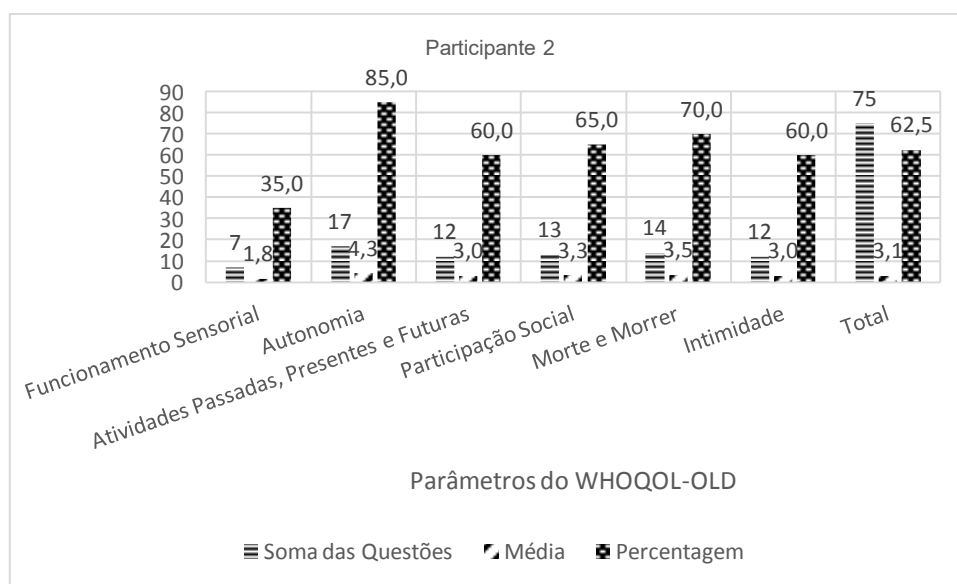


Gráfico 12. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P2.

Através da representação gráfica (Gráfico 12) pode verificar-se que o P2, relativamente aos domínios/facetas, apresenta os seguintes valores:

- Funcionamento/habilidade sensorial, que avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação, apresenta 7 pontos: necessita melhorar a qualidade de vida;
- Autonomia, que avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independente e tomar decisões, apresenta 17 pontos: boa qualidade de vida;
- Atividades passadas, presentes e futuras, que avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar, apresenta 12 pontos: regular qualidade de vida;
- Participação social, que avalia a participação em atividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade, apresenta 13 pontos: regular qualidade de vida;
- Morte e morrer, que avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer, apresenta 14 pontos: regular qualidade de vida;
- Intimidade, que avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas, 12 pontos: regular qualidade de vida.

O resultado total de 75 pontos, 3,1 de média, que corresponde a uma percentagem de 62.5%, aponta para o resultado de regular qualidade de vida.

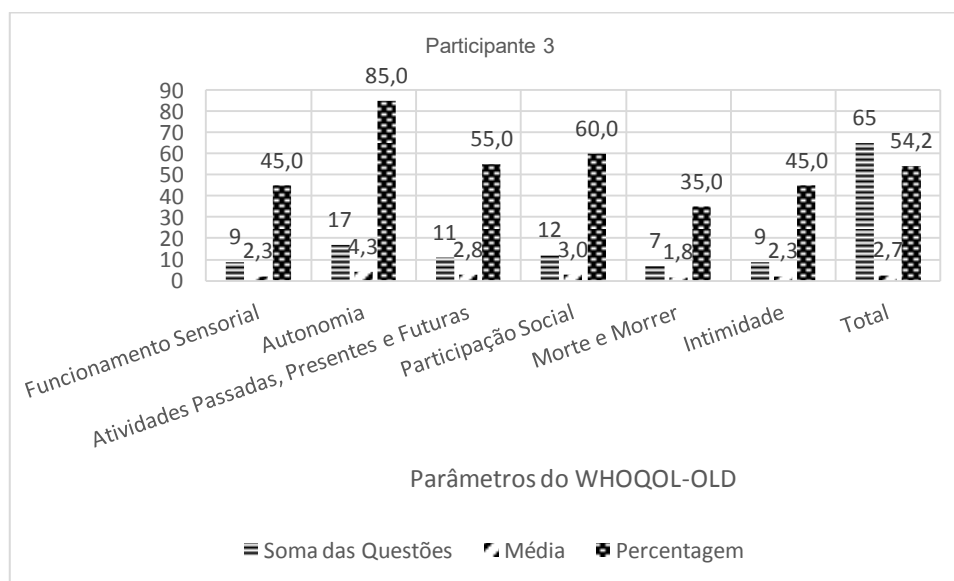


Gráfico 13. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P3.

Através da representação gráfica (Gráfico 13) pode verificar-se que o P3, relativamente aos domínios/facetetas, apresenta os seguintes valores:

- Funcionamento/habilidade sensorial, que avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação, apresenta 9 pontos: necessita melhorar a qualidade de vida;
- Autonomia, que avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independente e tomar decisões, apresenta 17 pontos: boa qualidade de vida;
- Atividades passadas, presentes e futuras, que avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar, apresenta 11 pontos: necessita melhorar a qualidade de vida;
- Participação social, que avalia a participação em atividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade, apresenta 12 pontos: regular qualidade de vida;
- Morte e morrer, que avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer, apresenta 7 pontos: necessita melhorar a sua qualidade de vida;
- Intimidade, que avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas, 9 pontos: necessita melhorar a sua qualidade de vida.

O resultado total de 65 pontos, 2,7 de média, que corresponde a uma percentagem de 54.2%, aponta para o resultado de necessita de melhorar a sua qualidade de vida.

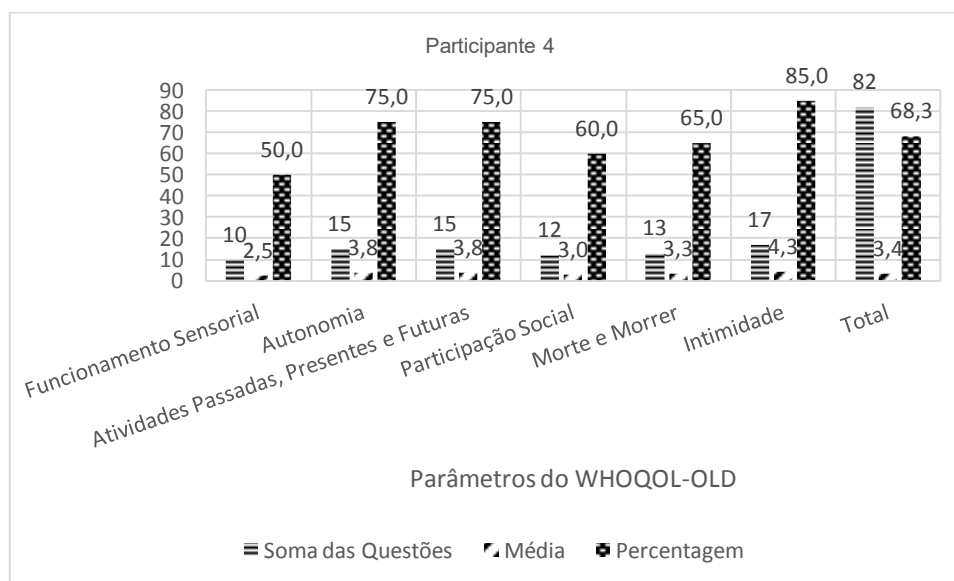


Gráfico 14. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P4.

Através da representação gráfica (Gráfico 14) pode verificar-se que o P4, relativamente aos domínios/facetetas, apresenta os seguintes valores:

- Funcionamento/habilidade sensorial, que avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação, apresenta 10 pontos: necessita melhorar a qualidade de vida;
- Autonomia, que avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independente e tomar decisões, apresenta 15 pontos: regular qualidade de vida;
- Atividades passadas, presentes e futuras, que avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar, apresenta 15 pontos: regular qualidade de vida;
- Participação social, que avalia a participação em atividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade, apresenta 12 pontos: regular qualidade de vida;
- Morte e morrer, que avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer, apresenta 13 pontos: regular qualidade de vida;
- Intimidade, que avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas, 17 pontos: boa qualidade de vida.

O resultado total de 82 pontos, 3,4 de média, que corresponde a uma percentagem de 68,3%, aponta para o resultado de regular qualidade de vida.

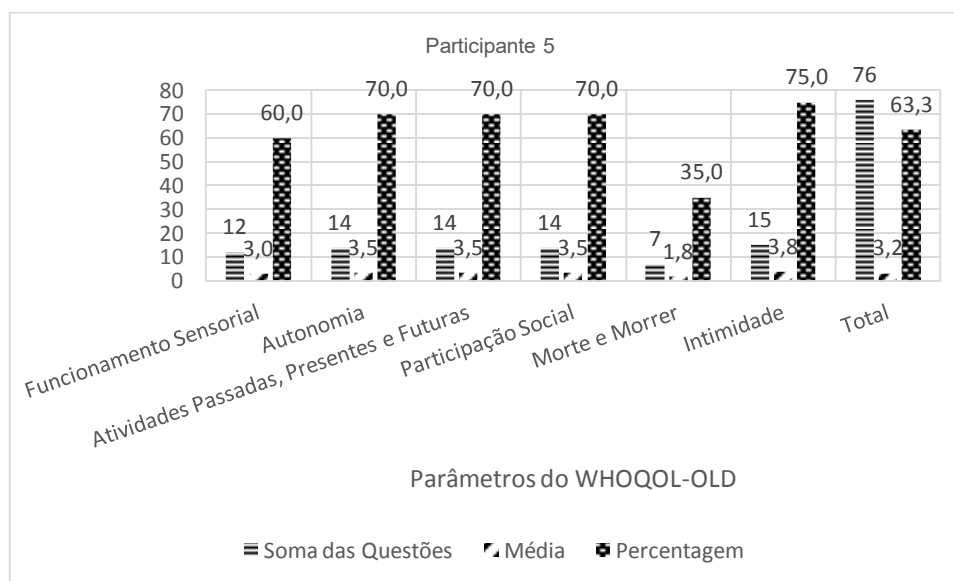


Gráfico 15. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P5.

Através da representação gráfica (Gráfico 15) pode verificar-se que o P5, relativamente aos domínios/facetetas, apresenta os seguintes valores:

- Funcionamento/habilidade sensorial, que avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação, apresenta 12 pontos: regular qualidade de vida;
- Autonomia, que avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independente e tomar decisões, apresenta 14 pontos: regular qualidade de vida;
- Atividades passadas, presentes e futuras, que avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar, apresenta 14 pontos: regular qualidade de vida;
- Participação social, que avalia a participação em atividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade, apresenta 14 pontos: regular qualidade de vida;
- Morte e morrer, que avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer, apresenta 7 pontos: necessita melhorar a sua qualidade de vida;
- Intimidade, que avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas, 15 pontos: regular qualidade de vida.

O resultado total de 76 pontos, 3,2 de média, que corresponde a uma percentagem de 63,3%, aponta para o resultado de regular qualidade de vida.

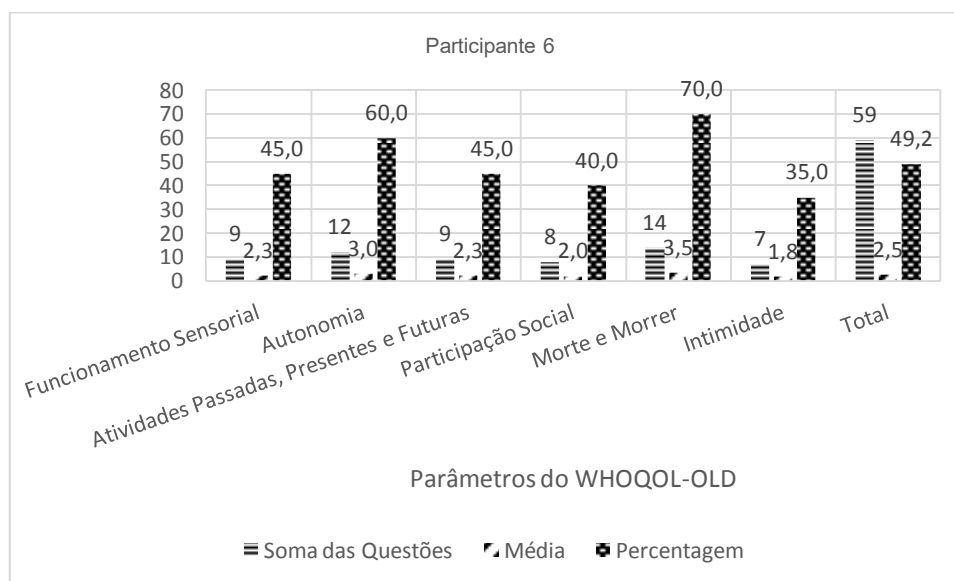


Gráfico 16. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P6.

Através da representação gráfica (Gráfico 16) pode verificar-se que o P6, relativamente aos domínios/facetas, apresenta os seguintes valores:

- Funcionamento/habilidade sensorial, que avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação, apresenta 9 pontos: necessita melhorar a qualidade de vida;
- Autonomia, que avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independente e tomar decisões, apresenta 12 pontos: regular qualidade de vida;
- Atividades passadas, presentes e futuras, que avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar, apresenta 9 pontos: necessita melhorar a qualidade de vida;
- Participação social, que avalia a participação em atividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade, apresenta 8 pontos: necessita melhorar a sua qualidade de vida;
- Morte e morrer, que avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer, apresenta 14 pontos: regular qualidade de vida;
- Intimidade, que avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas, 7 pontos: necessita melhorar a sua qualidade de vida.

O resultado total de 59 pontos, 2,5 de média, que corresponde a uma percentagem de 49.2%, aponta para o resultado de necessitar de melhorar a sua qualidade de vida.

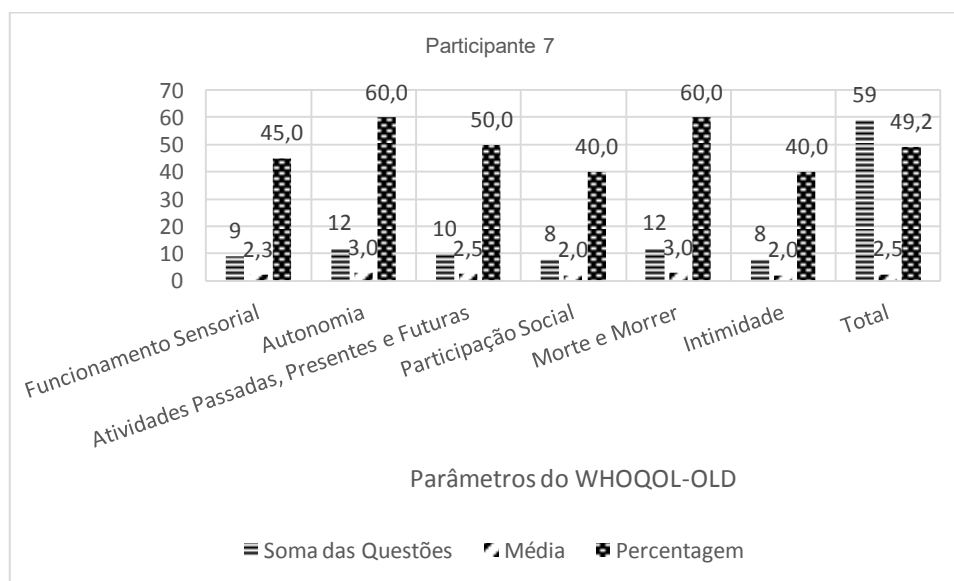


Gráfico 17. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P7.

Através da representação gráfica (Gráfico 17) pode verificar-se que o P7, relativamente aos domínios/facetetas, apresenta os seguintes valores:

- Funcionamento/habilidade sensorial, que avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação, apresenta 9 pontos: necessita melhorar a qualidade de vida;
- Autonomia, que avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independente e tomar decisões, apresenta 12 pontos: regular qualidade de vida;
- Atividades passadas, presentes e futuras, que avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar, apresenta 10 pontos: necessita melhorar a qualidade de vida;
- Participação social, que avalia a participação em atividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade, apresenta 8 pontos: necessita melhorar a sua qualidade de vida;
- Morte e morrer, que avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer, apresenta 12 pontos: regular qualidade de vida;
- Intimidade, que avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas, 8 pontos: necessita melhorar a sua qualidade de vida.

O resultado total de 59 pontos, 2,5 de média, que corresponde a uma percentagem de 49.2%, aponta para o resultado de necessitar de melhorar a sua qualidade de vida.

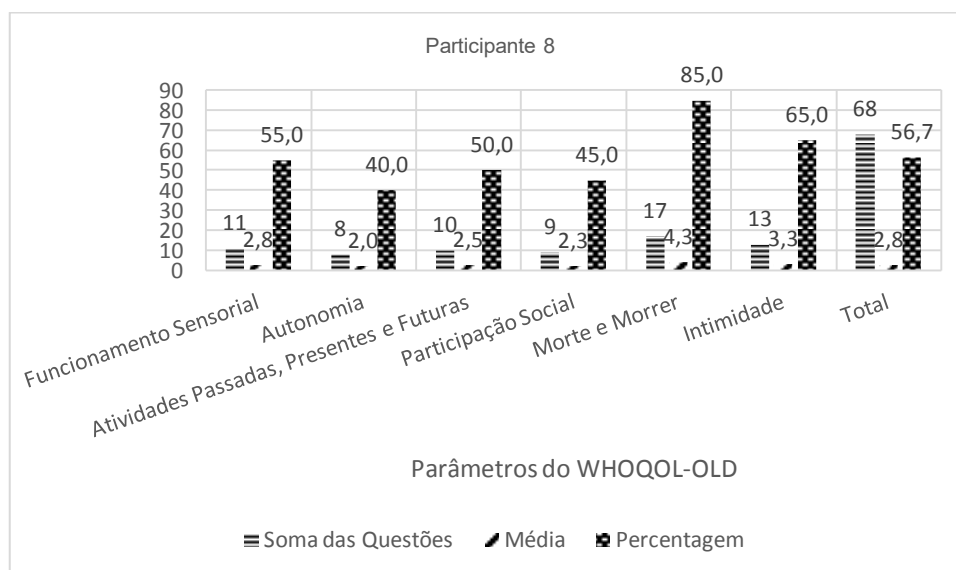


Gráfico 18. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P8.

Através da representação gráfica (Gráfico 18) pode verificar-se que o P8, relativamente aos domínios/facetetas, apresenta os seguintes valores:

- Funcionamento/habilidade sensorial, que avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação, apresenta 11 pontos: necessita melhorar a qualidade de vida;
- Autonomia, que avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independente e tomar decisões, apresenta 8 pontos: necessita melhorar a sua qualidade de vida;
- Atividades passadas, presentes e futuras, que avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar, apresenta 10 pontos: necessita melhorar a qualidade de vida;
- Participação social, que avalia a participação em atividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade, apresenta 9 pontos: necessita melhorar a sua qualidade de vida;
- Morte e morrer, que avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer, apresenta 17 pontos: boa qualidade de vida;
- Intimidade, que avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas, 13 pontos: regular qualidade de vida.

O resultado total de 68 pontos, 2,8 de média, que corresponde a uma percentagem de 56.7%, aponta para o resultado de necessitar de melhorar a sua qualidade de vida.

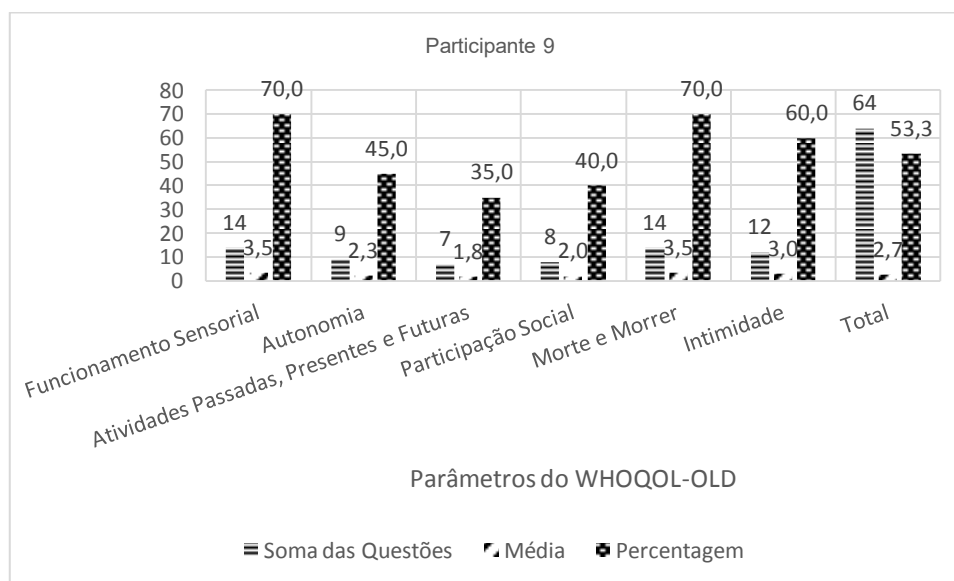


Gráfico 19. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P9.

Através da representação gráfica (Gráfico 19) pode verificar-se que o P9, relativamente aos domínios/facetetas, apresenta os seguintes valores:

- Funcionamento/habilidade sensorial, que avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação, apresenta 14 pontos: regular qualidade de vida;
- Autonomia, que avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independente e tomar decisões, apresenta 9 pontos: necessita melhorar a sua qualidade de vida;
- Atividades passadas, presentes e futuras, que avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar, apresenta 7 pontos: necessita melhorar a qualidade de vida;
- Participação social, que avalia a participação em atividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade, apresenta 8 pontos: necessita melhorar a sua qualidade de vida;
- Morte e morrer, que avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer, apresenta 14 pontos: boa qualidade de vida;
- Intimidade, que avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas, 12 pontos: regular qualidade de vida.

O resultado total de 64 pontos, 2,7 de média, que corresponde a uma percentagem de 53.3%, aponta para o resultado de necessitar de melhorar a sua qualidade de vida.

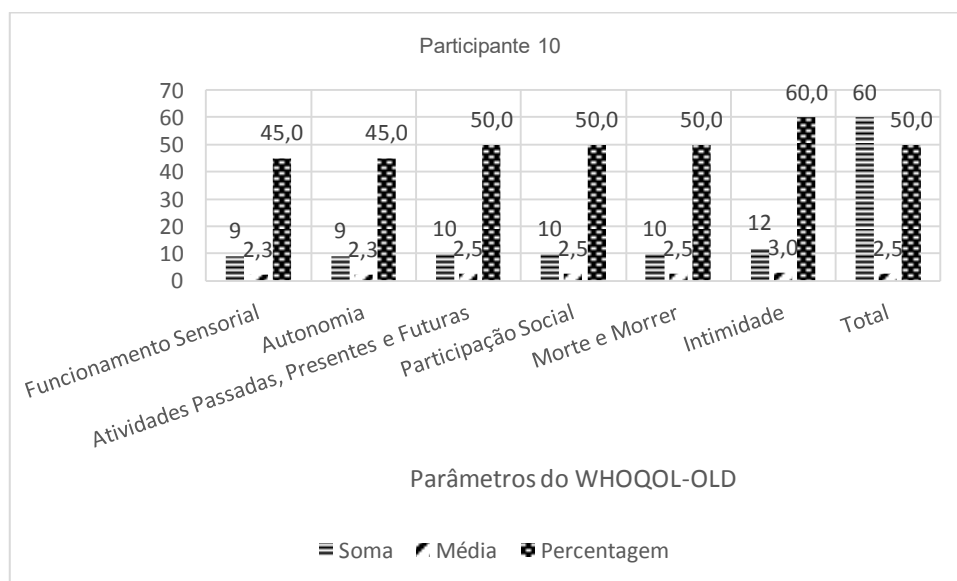


Gráfico 20. Inventário de avaliação da qualidade de vida do P10.

Através da representação gráfica (Gráfico 20) pode verificar-se que o P10, relativamente aos domínios/facetetas, apresenta os seguintes valores:

- Funcionamento/habilidade sensorial, que avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação, apresenta 9 pontos: necessita melhorar a sua qualidade de vida;
- Autonomia, que avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independente e tomar decisões, apresenta 9 pontos: necessita melhorar a sua qualidade de vida;
- Atividades passadas, presentes e futuras, que avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar, apresenta 10 pontos: necessita melhorar a qualidade de vida;
- Participação social, que avalia a participação em atividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade, apresenta 10 pontos: necessita melhorar a sua qualidade de vida;
- Morte e morrer, que avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer, apresenta 10 pontos: necessita melhorar a sua qualidade de vida;
- Intimidade, que avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas, 12 pontos: regular qualidade de vida.

O resultado total de 60 pontos, 2,5 de média, que corresponde a uma percentagem de 50%, aponta para o resultado de necessitar de melhorar a sua qualidade de vida.

8. Discussão dos Resultados

Quanto às entrevistas semiestruturadas de avaliação neuropsicológica, pode afirmar-se que, em termos gerais, as respostas são positivas no sentido do apoio domiciliário propriamente dito, no entanto, existem algumas variações que são dignas de realce. Na dimensão principais queixas, os participantes da CK Alentejo têm um maior cuidado com a sua imagem pessoal. Na dimensão apoio social, os participantes da FMIVPS dizem passar muito tempo sozinhos; opinião diametralmente oposta têm os participantes da CK Alentejo. Na dimensão envelhecimento, os participantes da FMIVPS apontam o dinheiro como principal fator de envelhecimento bem-sucedido, já os participantes da CK Alentejo apontam a saúde. Na dimensão qualidade de vida, os participantes da FMIVPS assumem que o apoio domiciliário teve uma interferência só ao nível das refeições; os participantes da CK Alentejo encontram na companhia das cuidadoras, na liberdade e na segurança os principais fatores. Por fim, todos acham que tiveram uma boa adaptação mas os participantes da CK Alentejo acham o serviço caro.

O Gráfico 21 apresenta a representação gráfica dos totais dos participantes e é referente ao inventário de saúde mental.

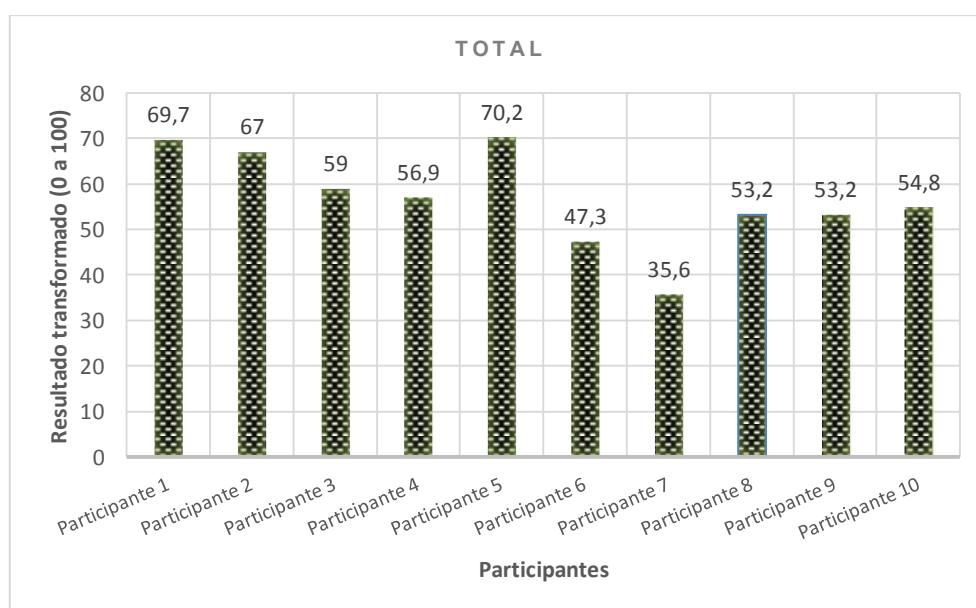


Gráfico 21. Representação gráfica dos totais dos participantes, referente ao inventário de saúde mental.

Através da representação gráfica dos totais dos participantes (Gráfico 21), pode-se identificar uma melhor saúde mental dos clientes da CK Alentejo, uma vez que 3 não apresentam qualquer sintomatologia ao nível da sua saúde mental e 2 estão na bitola de sintomas moderados. Quanto aos utentes da FMIVPS, 3 participantes apontam sintomas moderados e 2 sintomas graves, ao nível da avaliação da saúde mental.

Através do estudo “*The Global Burden of Disease*” evidenciou-se que na Europa as perturbações psiquiátricas eram responsáveis por 40% dos anos vividos com incapacidade, destacando-se entre as dez principais causas gerais de incapacidade. De acordo com a última revisão publicada deste estudo (2010), as perturbações depressivas eram já a terceira causa de carga global de doença (primeira nos países desenvolvidos), estando previsto que passem a ser a primeira causa a nível mundial em 2030, com agravamento das taxas correspondentes de suicídio e para suicídio. Ao nível do cenário internacional, a promoção da saúde mental no envelhecimento obedece a um conjunto de políticas públicas inscritas no Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (PIAE), aprovado em Madrid, pelos países membros da Organização das Nações Unidas (OMS, 2002), que determina direções e medidas prioritárias para promover uma velhice saudável.

Nesse documento, constam alternativas de como inserir o envelhecimento na agenda do desenvolvimento do século XXI, tendo em vista que as ações de prevenção, promoção e assistência têm dado prioridade ao público materno infantil e jovem. A declaração política estabelecida pelo PIAE, composta de 19 artigos, recomenda medidas relevantes para modificação desse cenário, tais como (OMS, 2002):

- Reconhecimento da transformação demográfica mundial;
- Celebração do aumento da expectativa de vida em todo mundo como uma grande conquista da humanidade;
- Comprometimento das autoridades governamentais em eliminar a discriminação por motivos de idade;
- Reconhecer que o indivíduo, à medida que envelhece, deve usufruir de uma vida com saúde, segurança e participar de forma ativa na vida económica, social, cultural e política da sociedade;
- Reconhecer a dignidade da pessoa idosa e combater as formas de abandono, abuso e violência.

Em relação à saúde mental da pessoa idosa, esse plano de ação prevê a aplicação de estratégias que favoreçam a prevenção de transtornos mentais, a descoberta precoce, o tratamento dessas doenças, com inclusão de procedimentos de diagnósticos, medicação adequada, psicoterapia e capacitação de profissionais e demais pessoas que atendam esse público. Além disso, está prevista a elaboração de ações que eduquem e conscientizem a população para o alcance de uma velhice com saúde física e mental, bem como o fortalecimento de uma rede de cuidados e apoio aos idosos com o envolvimento da família, voluntários e comunidade. Destaca-se, ainda, nesse plano de ação, a importância de realizar pesquisas, baseadas em evidências e indicadores confiáveis, sobre questões relacionadas com a idade, como instrumento útil para a formulação de políticas relativas ao envelhecimento (OMS, 2002).

Ao nível do cenário nacional, o reconhecimento desta situação levou à criação, em 2006, da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, responsável pela elaboração de um novo Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM). Incumbe ao Alto Comissariado da Saúde a coordenação e o acompanhamento da execução do Plano Nacional de Saúde Mental (Despacho n.º 10464/2008). Segundo o determinado no n.º 6 do Despacho n.º 10464/2008, ao Coordenador Nacional do PNSM, nos termos previstos no PNSM, compete promover, implementar e dinamizar:

- a) *O estudo permanente da situação da saúde mental da população portuguesa, no que respeita aos principais indicadores de morbilidade e de utilização dos serviços;*
- b) *Programas de promoção do bem-estar e da saúde mental da população e da prevenção, tratamento e reabilitação das doenças mentais;*
- c) *A organização de serviços de saúde mental de adultos;*
- d) *A organização dos serviços de saúde mental da infância e adolescência;*
- e) *A articulação dos cuidados psiquiátricos com os cuidados de saúde primários;*
- f) *A articulação com a Rede de Cuidados Continuados Integrados;*
- g) *A participação dos utentes e dos cuidadores na reabilitação e integração social das pessoas que sofrem de problemas mentais graves.*

O PNSM tem como objetivos, assegurar o acesso a serviços de saúde mental de qualidade; promover e proteger os direitos dos doentes; reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações; promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir um melhor acesso e a participação das comunidades, utentes e famílias; promover a

integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, quer a nível dos cuidados primários, quer dos hospitais e dos cuidados continuados, de modo a diminuir a institucionalização dos doentes (Despacho n.º 10464/2008).

O Gráfico 22 apresenta a representação gráfica dos totais dos participantes e é referente ao inventário de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-OLD.

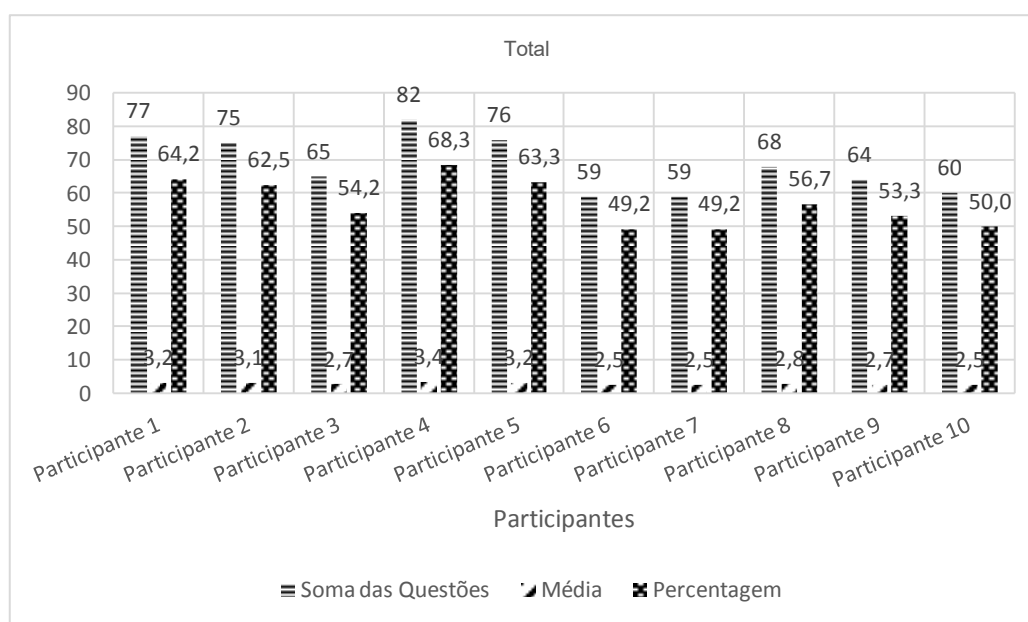


Gráfico 22. Representação gráfica dos totais dos participantes, referente ao inventário de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-OLD.

O estudo da qualidade de vida do idoso é recente, no entanto, face ao acentuado envelhecimento populacional, a manutenção da qualidade de vida neste grupo etário adquiriu um significado especial. O conceito de qualidade de vida apresentado pela OMS (2001a) remete-nos para o estudo da qualidade de vida segundo diferentes aspetos. É um conceito amplo e subjetivo que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente.

Através da representação gráfica dos totais dos participantes (Gráfico 22), pode identificar-se uma melhor qualidade de vida nos clientes da CK Alentejo, uma vez que 4 apresentam uma regular qualidade de vida e 1 necessita de melhorar a sua qualidade de vida. Quanto aos utentes da FMIVPS, todos necessitam melhorar a sua qualidade de vida.

Num estudo de Marques *et al.* (2014) concluiu-se que qualidade de vida é ter saúde, ter paz, harmonia, ser feliz, estar satisfeito com a vida, manter-se ocupado, seja com atividades de ócio, de voluntariado ou com o trabalho, manter relações interpessoais ou receber apoio da família, dos amigos e vizinhos. De acordo com o mesmo estudo, conhecer melhor a perceção que os idosos têm da qualidade de vida permite programar ações preventivas, identificar necessidades e estabelecer prioridades de atuação. Assim, de um melhor conhecimento desta realidade poderá resultar a efetiva adequação dos cuidados a prestar aos idosos, bem como a consequente melhoria da sua qualidade de vida, devendo as decisões ser tomadas em função das necessidades identificadas. Neste sentido e, face aos resultados da investigação, apontam-se algumas sugestões para a prática de cuidados, nomeadamente: coordenação interdisciplinar; apoiar a família; fomentar o voluntariado; incrementar os apoios económicos, programas educativos e relação intergeracional; fomentar o associativismo; promover a formação específica na área do idoso; criar oportunidades de trabalho específicas para o idoso; realizar trabalhos com amostras maiores e mais direcionados para áreas específicas, e ainda realizar de estudos longitudinais.

Desde que a qualidade de vida passou a ser vista como um indicador de adaptação ao envelhecimento, surgiu uma preocupação e investigação no âmbito da qualidade de vida das pessoas idosas (Paúl e Fonseca, 2005).

Para a Direção Geral de Saúde (DGS) (2003) a noção de qualidade de vida refere-se à perceção por parte dos indivíduos de que as suas necessidades são satisfeitas, sendo que não lhes são recusadas oportunidades para alcançarem a felicidade absoluta e a sua realização pessoal quanto à procura de uma qualidade de vida acima da mera sobrevivência (Silva, 2011).

Posto isto, o apoio domiciliário foi unanimemente considerado por todos os participantes como uma resposta social positiva, no entanto, a “discórdia” instala-se quanto ao tempo que os utentes da FMIVPS e clientes da CK Alentejo têm de serviços; os clientes da CK Alentejo têm claramente mais tempo que os utentes da

FMIVPS. Esse tempo a mais é depois traduzido em melhor saúde mental e melhor qualidade de vida, como já evidenciavam os estudos realizados por Paúl *et al.* (2004, 2005), que apontam aspetos, como viver acompanhado, como aspetos fundamentais para uma melhor qualidade de vida. Também nos estudos de Paúl e Fonseca (1999) e de Schellige e Martin (2008) são evidenciados aspetos de rede de suporte social, situação económica e nível de educação como fatores importantes. Ou seja, pode-se afirmar que o facto de os idosos ficarem em casa é bastante positivo para o seu bem-estar (Sequeira e Silva, 2002) mas para isso é necessário o idoso ter cuidado contínuo (Paúl, 1992). Contudo, esse cuidado contínuo vai ter um custo elevado que a maior parte dos idosos não tem condições de pagar.

Em conclusão, pode-se apontar uma solução para este paradigma hoje existente. Rosa (2012) chama a esta solução uma nova perspetiva de mudança de paradigma que vai no sentido de uma mudança estrutural de políticas nas respostas sociais existentes (como a mudança no modelo de financiamento das respostas sociais), políticas essas que privilegiam a permanência dos idosos em casa e não em lares de idosos.

O aumento da população idosa tem levado a uma crescente preocupação das políticas públicas, nacionais e internacionais, bem como no desenvolvimento de programas que contribuam para a qualidade de vida deste grupo populacional. Portugal tem vindo a desenvolver políticas sociais que procuram contribuir para um envelhecimento ativo e para a qualidade de vida das pessoas idosas.

As medidas que têm vindo a ser concretizadas inserem-se num quadro de transversalidade de vários ministérios e entidades da sociedade civil, tendo por base duas linhas estratégicas de intervenção: fazer face ao impacto das alterações demográficas e promover a inclusão social. Entre a diversidade de instrumentos públicos destacam-se: o Plano Nacional de Saúde (2011-2016) e o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, aprovado em junho de 2004, que assenta em três dimensões: promoção do envelhecimento ativo, melhor adequação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e promoção de ambientes seguros e capacitadores de autonomia.

Encontra-se, neste momento, a decorrer em Évora um projeto-piloto de cuidados continuados ao domicílio 24 horas por dia, que vai de encontro a esta visão de futuro. Este projeto vai implicar a criação de várias equipas multidisciplinares que irão atuar,

preferencialmente, no domicílio. O projeto tem uma equipa alargada de cuidados continuados integrados, com profissionais de diferentes áreas, numa experiência-piloto no país para prestação de serviços domiciliários, com atendimento 24 horas, a doentes referenciados. O projeto desta Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) é da responsabilidade da Administração Regional de Saúde (ARS) do Alentejo, através do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Alentejo Central. A equipa integra cerca de 14 profissionais, desde médicos a enfermeiros, passando por psicólogos e técnicos de saúde na área da fisioterapia, da terapia ocupacional e da terapia da fala, entre outros. O funcionamento da ECCI vai ser assegurado pelo ACES do Alentejo Central, em horário presencial das 8 às 20 horas e em regime de chamada/prevenção das 20 às 8 horas. O objetivo é prestar serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, entre outros, a pessoas em dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma (Lusa, 2016).

PARTE III – PROJETO DE INTERVENÇÃO

9. Proposta de Projeto de Intervenção

Este projeto de intervenção denomina-se “Em casa é possível!” e pretende promover a permanência dos idosos no seu ambiente natural; trata-se de uma proposta de intervenção contextualizada ao nível da formação de uma equipa multidisciplinar que sirva de apoio aos idosos e familiares para que os mesmos tenham uma decisão informada na hora de decidir por uma resposta social.

Os resultados obtidos neste projeto apontam para uma vontade dos idosos em permanecerem no seu lar, no entanto, está incutido na sociedade portuguesa a cultura de colocar os idosos em lares de terceira idade sem facultarem a estes uma informação de todas as respostas sociais existentes.

A criação de uma equipa multidisciplinar pretende servir de apoio a idosos e familiares para que os mesmos tenham uma decisão informada quanto à decisão a tomar. A equipa será formada por voluntários na área de psicogerontologia, enfermagem, cuidadores, nutrição e fisioterapia. Os parceiros serão a Câmara Municipal de Évora e de Beja, hospitais, IPSS's, clínicas, empresas, famílias e grupos voluntários.

9.1. Fundamentação do Projeto de Intervenção

Foi possível verificar, por intermédio dos dados recolhidos aos idosos que participaram na investigação, que os idosos no Alentejo carecem de um projeto de intervenção, com vista a melhorar as respostas sociais existentes e adaptar estas respostas às reais necessidades dos idosos.

Assim, podem identificar-se as principais necessidades deste projeto:

- Sensibilização e promoção das respostas sociais existentes;
- Dar aos idosos e famílias soluções para que a permanência no domicílio seja possível;

- Proporcionar uma melhoria da qualidade de vida dos idosos e da sua saúde mental;
- Sensibilização e pedagogia junto da comunidade para uma solução informada na hora de decidir quanto à resposta mais adequada.

Tendo em conta estas necessidades, as primeiras intervenções irão no sentido de divulgação junto da comunidade.

9.2. Público-alvo

O público-alvo deste projeto será toda a população sénior existente no Alentejo, bem como os seus familiares.

9.3. Profissionais Envolvidos no Projeto

Pretende-se a conceção de uma equipa multidisciplinar, em que cada profissional concederá o seu contributo na sua respetiva área. Os profissionais envolvidos serão os seguintes: especialista na área de psicogerontologia comunitária, psicólogos, enfermagem, médicos, assistentes sociais, cuidadores, nutricionista e fisioterapeuta. A equipa será coordenada pelo especialista em psicogerontologia comunitária.

9.4. Planificação da Intervenção

O projeto de intervenção “Em casa é Possível!” será realizado nos domicílios dos idosos que aderirem ao projeto. O espaço físico do projeto será no escritório da CK Alentejo, onde os técnicos analisarão cada caso de forma personalizada e, a partir daí, partirem para os domicílios com uma solução que passe pela permanência do idoso no seu domicílio.

A Tabela 8 identifica as atividades a realizar no projeto de intervenção.

Tabela 8. Cronograma de atividades a realizar no projeto de intervenção.

Atividades	2018											
	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Reuniões com todos os elementos da equipa multidisciplinar												
Sensibilização e pedagogia das entidades participantes no projeto												
Ações de sensibilização à comunidade integrante no projeto												
Atividades práticas do projeto												
Avaliação do projeto												

9.5. Avaliação do Projeto

Todos os projetos de intervenção devem conter um plano de avaliação, que é estruturado em função do desenho do projeto e é acompanhado de mecanismos de autocontrolo que permitem conhecer os resultados e os efeitos da intervenção e corrigir as trajetórias quando estas não são as mais adequadas. Os projetos podem optar por diversas modalidades de avaliação, mas em grande parte dos projetos utiliza-se conjuntamente uma autoavaliação e uma avaliação interna ou externa (Guerra, 2000).

Sendo que na autoavaliação a equipa de terreno e a equipa de avaliação são a mesma, é a perceção que a equipa tem dos resultados da sua ação. Na avaliação (interna ou externa) a equipa de avaliação e execução não são a mesma, geralmente recorre-se a técnicas de recolha de informação mais sistematizadas e com um maior controlo metodológico. A avaliação interna é realizada dentro da organização gestora,

mas com distanciamento da equipa de execução; na avaliação externa recorre-se a equipas exteriores à organização gestora (Guerra,2000).

A avaliação pode ser de vários tipos: avaliação final, avaliação de processo, avaliação de equipa, entre outros. Na avaliação final ou por objetivos, as finalidades e os objetivos do projeto são os critérios utilizados na avaliação; o que se pretende medir é a forma e a intensidade com que determinados objetivos foram atingidos. A avaliação de processo mais do que determinar o desvio entre objetivos pré-definidos e os resultados, visa *“dotar o processo de um dispositivo de autorregulação alargada”* (Guerra, 2000:182), ou seja, é uma avaliação do processo em si, de como foi realizado, avalia cada fase do projeto segundo determinados parâmetros, são eles: adequação (o projeto adequa-se ao problema; é coerente na sua construção interna); pertinência (o projeto é justificável no contexto das políticas e estratégias do organismo); eficácia (em que medida os objetivos foram atingidos e as ações previstas foram realizadas); eficiência (os resultados são confrontados com os recursos utilizados); impacte (em que medida se obteve uma melhoria da situação); entre outros (Guerra,2000).

A avaliação do projeto será feita mensalmente, com base na observação direta e em conversas informais, para efeitos de apreciação de comportamentos, atitudes e motivações dos idosos e famílias, verificando-se, assim, se estão a ser cumpridos os objetivos do projeto.

A avaliação pretende, também, coordenar todo o projeto, desde a identificação das necessidades, atravessando todas as fases do processo, até aos objetivos atingidos.

O coordenador, mensalmente, reunirá com todos os técnicos envolvidos e procederá às avaliações dos participantes, tendo como base as atividades práticas do projeto, nomeadamente, os objetivos, as planificações, os recursos e tudo o que possa influenciar o desenvolvimento do mesmo. Avalia-se, assim, o projeto a nível qualitativo, concluindo-se se foi benéfico ou não para os participantes envolvidos.

Conclusão

Num momento em que a população está a envelhecer de forma acelerada, é pertinente estudar as respostas sociais que existem na sociedade, nomeadamente a resposta social de apoio domiciliário. O apoio domiciliário é uma resposta social de excelência, uma vez que “respeita” a vertente psicológica e social dos idosos como nenhuma outra.

Todos os assuntos relacionados com os idosos são “muito apetecíveis”. Prova disso são as campanhas dos políticos que passam, invariavelmente, por unidades residenciais (coisa que à 15 anos era impensável); os anúncios televisivos, que têm como principal cliente o idoso; e até os cursos do ensino superior que têm uma taxa de procura mais elevada. Posto isto, este assunto é incontornável na nossa sociedade: a pirâmide demográfica está a mudar e a sociedade está a adaptar-se a esse facto.

A temática proposta pretende conhecer este fenómeno na vertente da resposta social de apoio domiciliário. Conhecer este aspeto contribuirá não só para o seu conhecimento científico, mas também para a sua utilização prática num esforço de resolução de problemas psicológicos, sociais e biocomportamentais que esta faixa etária evidencia.

Neste contexto, qual a política existente no Alentejo em termos de respostas sociais para o idoso? Como atuam e quais os objetivos dos responsáveis que lidam com estas questões? Será que os idosos estão a decidir livremente e de forma informada? Ou seja, este projeto tem como objetivo contribuir de forma relevante em termos de conhecimento teórico e em aplicações sociais de natureza prática.

O estudo foi limitado a dez idosos, sendo a cinco idosos de uma instituição e a cinco de uma empresa privada e foi realizado apenas no Alentejo. As limitações decorrentes deste estudo foram, acima de tudo, limitações temporais e de ordem de aplicação das entrevistas, uma vez que, tanto o diretor técnico da empresa privada, como a diretora técnica da instituição, foram ao mesmo tempo entrevistadores e diretores da referida empresa e instituição.

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise quanto à satisfação de vida e apoio domiciliário em idosos na comunidade. Além disso, também permitiu uma

pesquisa de campo para obter dados mais consistentes, nomeadamente através de questionários e inquéritos.

De um modo geral, os participantes estão, em grande maioria, satisfeitos com o apoio domiciliário. Os utentes da instituição alegam, no entanto, que este serviço deveria ser mais extenso. Quanto aos clientes da empresa alegam que o serviço é caro.

No inventário de saúde mental verificou-se que os participantes da empresa têm uma melhor saúde mental, uma vez que 3 não apresentam qualquer sintomatologia ao nível da sua saúde mental e 2 estão na bitola de sintomas moderados. Quanto aos utentes da instituição, 3 participantes apontam para sintomas moderados e 2 sintomas graves, ao nível da avaliação da saúde mental.

O inventário de avaliação da qualidade de vida identifica uma melhor qualidade de vida, nos clientes da CK Alentejo, uma vez que 4 apresentam uma regular qualidade de vida e 1 necessita de melhorar a sua qualidade de vida. Quanto aos utentes da FMIVPS, todos necessitam melhorar a sua qualidade de vida.

É de referir, também, contudo, o facto de se ter optado por um estudo de caso de uma amostra reduzida, este facto acabou por impossibilitar uma generalização dos resultados. Pensa-se, por isso, que é de máxima importância realizar outros estudos com maior número de participantes, de maneira a obter resultados que possam permitir um alargamento de propostas de estratégias de intervenção no âmbito da resposta social de apoio domiciliário. Os resultados do presente estudo não podem ser generalizados à totalidade da população idosa mas podem ser orientadores de trabalhos futuros sobre a qualidade de vida e saúde mental e idosos que usufruem do apoio domiciliário, permitindo o levantamento de novas questões de investigação. Sugere-se ainda, o aumento do número de indivíduos estudados, investigando as variáveis consideradas na presente investigação, de modo a chegar-se a conclusões mais amplas.

Em suma, considera-se que foi alcançado o objetivo de contribuir para um melhor conhecimento da população idosa em apoio domiciliário, permitindo uma melhor perceção da qualidade de vida e saúde mental dos idosos através da análise de fatores associados a estas. Os dados obtidos ao longo desta investigação possibilitam abrir caminho a futuras investigações, formar uma perspetiva crítica e adquirir competências para melhorar soluções atuais e até mesmo construir um novo futuro no apoio domiciliário em Portugal.

Dada a importância do assunto, torna-se necessário o desenvolvimento de formas de agilizar e atualizar as respostas sociais existentes, mais concretamente a resposta social de apoio domiciliário. Nesse sentido, a criação de uma equipa multidisciplinar que forneça informação técnica que vá de encontro às reais necessidades da população é, de todo, fundamental numa sociedade que se quer livre e autónoma. Além disso, projetos como o “Em casa é possível!”, para além de respeitarem de forma personalizada e individualizada os idosos, também cria na sociedade uma responsabilidade intergeracional muito forte.

Referências Bibliográficas

- Afonso, C., Morais, C., Almeida, M. (2015). Alimentação e nutrição em gerontologia. *In* C. Paúl, O. Ribeiro (Eds), *Manual de Gerontologia* (pp. 41-69). Lisboa: LIDEL.
- Albanesi, C., Cicognani, E., Zani, B. (2007). Sense of community and social well-being in italian adolescents. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, **17**, 387-406.
- Almeida, H. (2015). Biologia do envelhecimento: uma introdução. *In* C. Paúl, O. Ribeiro (Eds), *Manual de Gerontologia* (pp. 20-40). Lisboa: LIDEL.
- Assembleia Constituinte. (1976). Constituição da República Portuguesa – VII Revisão Constitucional.
- Barreto, J. (1984). Envelhecimento e saúde mental. Estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos. Tese de Doutoramento apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.
- Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. Nova Fronteira: Rio de Janeiro.
- Binstock, R., Cluff, L. (2000). Issues and Challenges in Home Care. *In* R. Binstock, L. Cluff (Eds), *Home Care Advance*, (pp. 3-34). U.S.A.: Springer Publishing Company, Inc.
- Bonfim C. J., Veiga, S. M. (1996). Serviços de Apoio Domiciliário. Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento. Lisboa: Direcção-Geral da Ação Social.
- Cabral, A., Nick, E. (2006). *Dicionário Técnico de Psicologia*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de vida: significados e níveis de análise. *In* M. C. Canavarro, A. Vaz Serra (Eds), *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 3-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carmo, H. (2007). *Desenvolvimento Comunitário*. 2ª Edição. Lisboa: Universidade Aberta.

- Carmo, H., Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da Investigação – Guia para Auto-aprendizagem*. 2ª Edição. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, J., Mota, J. (2015). O exercício e o envelhecimento. In C. Paúl, O. Ribeiro (Eds), *Manual de Gerontologia* (pp. 70-91). Lisboa-Porto: LIDEL.
- Castellón, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, **13** (3), 188-192.
- Castilho, A. R. F. (2010). *Envelhecimento Activo/Envelhecimento Saudável: Opinião dos Idosos do Conselho de Viana do Castelo*. Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa. Porto. 87 pp.
- Chopart. J., Maurel, E. (2003). Da observação à tipologia dos trabalhos sociais. In J. Chopart (Eds), *Os Novos Desafios do Trabalho Social: Dinâmicas de um Campo Profissional* (pp. 41-44). Porto: Porto Editora.
- Cicognani, E., Zani, B. (2006). *Participation of Young People in Civic Life: the Role of Sense Of Community*. Young People and Active European Citizenship Seminar. Budapest: European Youth Centre.
- Correia, J. M. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Costa, M. Agreda, J., Ermida, J., Cordeiro, M, Almeida, M., Cabete, D., Veríssimo, M., Glácio, E., Lopes, A. (1999). *O Idoso – Problemas e Realidades*. Coimbra: FORMASAU.
- Cox, D., Ory, M. (2000). The Changing Health and Social Environments of Home Care. In R. Binstock, L. Cluff (Eds), *Home Care Advances* (pp. 35-55). U.S.A.: Springer Publishing Company, Inc.
- Davidson, B. W., Cotter, R. P. (1991). The relationship between sense of community and subjective well-being: A first look. *Journal of Community Psychology*, **19**, 246-253.
- Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março. Diário da República, n.º 52 – 1ª Série. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro. Diário da República, n.º 187 – 1ª Série.
Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 33/2014, de 4 de março. Diário da República, n.º 44 – 1ª Série.
Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Lisboa.

Despacho n.º 10464/2008, de 9 de abril. Diário da República, n.º 70 – 2ª Série.
Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho Normativo n.º 62/99, de 12 de novembro. Diário da República, n.º 264 – I
Série-B. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa.

Euroconsult. (2014). *Diagnóstico e Plano de Reestruturação*.

Faria, M. C. (2000). *Comunicação e bem-estar no limiar do século XXI, conhecer através da relação e orientar para a saúde*. Tese de Doutoramento em Psicologia, na área de especialização em Psicologia da Saúde. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra. Coimbra.
n.p.

Tese de Mestrado em Ciências do Desporto. Faculdade de Desporto – Universidade do Porto. Porto. 60 pp.

Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.

Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, **2** (1), 57-65.

Fernández-Ballesteros. (2009). *Envejecimiento Activo: Contribuciones da Psicologia*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Fonseca, A. M. (2015). Desenvolvimento psicológico e processos de transição – adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl, O. Ribeiro (Eds), *Manual de Gerontologia* (pp. 94-106). Lisboa: LIDEL.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. 1.ª Edição. Loures: Lusociência.

- GNR. (2016). Divisão de Comunicação e Relações Públicas. Operação Censos Sénior.
- Guerra, I. (2000). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção – O Planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Principia.
- Hill, M., Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. 2.^a Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hutson, R. (2000). Home Care as a Business. In R. Binstock, L. Cluff (Eds), *Home Care Advances* (pp. 117-133). U.S.A.: Springer Publishing Company, Inc.
- INE. (2016). *Estimativas de População Residente em Portugal*. Acedido em: 21, maio, 2017, em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=65573359&DESTAQUESmodo=2.
- INE. (2009). *Projecções de População Residente em Portugal 2008 – 2060: Relatório anual 2009*. Acedido em: 21, maio, 2017, em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=65573359&DESTAQUESmodo=2.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2015). *Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas Idosas*.
- Jorge, A., Leuschner, A., Bárrios, H., Veríssimo, J., Almeida, M. C., Borges, C. V. (2015). *Tudo Muda Num Instante*. Lisboa: Clube do Autor, S.A.
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: família e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, **19** (3), 861-866.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl, A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 54-65). Lisboa: Climepsi Editores.
- Lima, M. P. (2015). A “arquitetura incompleta”: da personalidade na velhice. In C. Paúl, O. Ribeiro (Eds), *Manual de Gerontologia* (pp. 129-139). Lisboa: LIDEL.

- Lusa. (2016). Évora lança projeto-piloto de cuidados continuados ao domicílio 24 horas/dia. Acedido em: 5, junho, 2017, em: https://www.rtp.pt/noticias/pais/evora-lanca-projeto-piloto-de-cuidados-continuados-ao-domicilio-24-horasdia_n969383.
- Marconi, M., Lakatos, E. (2002). *Técnicas de Pesquisa*. 5.^a Edição. São Paulo: Editora Atlas.
- Marques, E. M. B., Sánchez, C. S., Vicario, B. P. (2014). Perceção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, **1** (4), 75-84.
- Martelo, V. (2011). *Breve Historial*. Boletim Informativo da Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva, **1**, 1-2.
- McMillan, D. W., Chavis, D. M., (1986). Sense of community: a definition and theory. *Journal of Community Psychology*, **14**, 6-23.
- McNaughton S. A., Crawford, D., Ball, K., Salmon, J. (2012). Understanding determinants of nutrition, physical activity and quality of life among older adults: the Wellbeing, Eating and Exercise for a Long Life (WELL) study. *Health and Quality of Life Outcomes*, **10**, 109.
- Melo, L., Neto, F. (2003). Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. *Psicologia, Educação e Cultura*. **1** (III), 107-121.
- Nazareth, J. M. (2004). *Demografia – A Ciência da População*. 2.^a Edição. Lisboa, Editorial Presença.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social*. Volume II. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto, F. (2004). *Psicologia Social Aplicada*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neves, E. J. L. (2013). *Recetividade de uma nova atividade física funcional aquática - AQUARX - nas piscinas municipais de Matosinhos*. Tese de Mestrado em Ciências do Desporto. Faculdade de Desporto – Universidade do Porto. Porto. 60 pp.

- Noronha, A. P. P., Nunes, M. F. O., Ambiel, R. A. M. (2007). Importância e domínios de avaliação psicológica: um estudo com alunos de Psicologia. *Paidéia*, **17** (37), 231-244.
- OMS. (1946). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá.
- OMS. (2001a). *Mental health resources in the world: Initial results of Project ATLAS*. Genebra. (Fact Sheet n.º 260).
- OMS. (2001b). *Strengthening mental health promotion*. Genebra. (Fact sheet n.º 220).
- OMS. (2002). *Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Fórum nacional de política de saúde. Revosta da Ordem dos Enfermeiros, **4** (12), 8.
- Orientação Técnica Circular n.º 4/2014, de 16 de dezembro. Direção-Geral da Segurança Social. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Lisboa.
- Pardal, L., Lopes, E. S. (2011). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto, Areal Editores.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 21-45). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A. (1999). A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, **3** (2), 345-362.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I., Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl, A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 77-95). Lisboa: Climepsi Editores.

- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I, & Amado, J. (2004). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. *In* C. Paúl, A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 97-108). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Ribeiro, O. (2015). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: LIDEL.
- Paúl, M. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psycologica*, **8**,61-80.
- Pereira, F., Gomes, M., Galvão, A. (2012). Ética e humanidade no cuidado do idoso. *In* F. Pereira (Eds), *Teoria e Prática da Gerontologia: Um Guia para Cuidadores de Idosos* (pp. 81-100). Viseu: Psicosoma.
- Pereirinha, J. (2008). *Política Social: Formas de Actuação no Contexto Europeu*. Lisboa, Universidade Aberta.
- Pinto, A. C. (2001). *Psicologia Geral*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Pordata. (2012a). *População residente segundo os Censos: total e por grupo etário*. Acedido em 16, setembro, 2014, em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+grupo+etario-2>.
- Pordata. (2012b). *População residente do sexo feminino segundo os Censos: total e por grandes grupos etários*. Acedido em 16, setembro, 2014, em: <http://www.pordata.pt/Municipios/Populacao+residente+do+sexo+feminino+segundo+os+Censos+total+e+por+grandes+grupos+etarios-469>.
- Pordata. (2012c). *População residente do sexo masculino segundo os Censos: total e por grupo etário*. Acedido em 16, setembro, 2014, em: <http://www.pordata.pt/Municipios/Populacao+residente+do+sexo+masculino+segundo+os+Censos+total+e+por+grandes+grupos+etarios-467>.
- Pordata. (2012d). *Óbitos de residentes em Portugal: total e por grupo etário*. Acedido em 16, setembro, 2014, em: <http://www.pordata.pt/Municipios/Obitos+de+residentes+em+Portugal+total+e+por+grupo+etario-112>.

- Pordata. (2012e). *Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por grupo etário da mãe*. Acedido em 16, setembro, 2014, em: <http://www.pordata.pt/Municipios/Nados+vivos+de+maes+residentes+em+Portugal+total+e+por+grupo+etario+da+mae-104>.
- Portaria n.º 38/2013, de 30 de janeiro. Diário da República, n.º 21 – 1ª Série. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa.
- Ramos, M. (2002). Apoio Social e Saúde entre idosos. *Sociologias*, 7.
- Ribeiro, J. (2001). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 77-99.
- Rodríguez, P., Sánchez, C. (2000) *El Servicio de Ayuda a Domicilio – Programación del Servicio. Manual de Formación para Auxiliares*. Madrid: Editorial Paraamericana.
- Rosa, M. (1999). *Reformados e Tempos Livres – Resultados do Inquérito à população activa e reformada sobre actividades de lazer*. Lisboa: Edições Colibri/ INATEL.
- Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Salselas, T. (2007). *Política Social da Velhice: texto complementar ao manual Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Sarmiento, M. (2013). *Metodologia científica para a elaboração, escrita e apresentação de teses*. Lisboa: Universidade Lusíada Editora.
- Schelling, H., Martin, M. (2008). Attitudes toward one's own aging: A question of age or a question of resources? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41(1), 38-50.
- Seeley, R. R., Stephens, T. D., Tate, F. (2007). *Anatomia & Fisiologia*. Loures: Lusociência.
- Sequeira, A., Silva, M. (2002). O Bem-Estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3 (20), 505-516.

Silva, M. A. (2011). *Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural*. Dissertação de Mestrado em Educação Social. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança. Bragança. 74 pp.

Sobreiro, V. (2009). *Sou tudo e não sou nada: as funções de director técnico nos organismos de apoio social a crianças e idosos no concelho de Caldas da Rainha*. Dissertação de Mestrado em Política Social. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Lisboa. 100 pp.

Sousa, L., Galante, H. e Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, **37** (3), 364-371.

Thomson, B. J. (1996). Comunidade. In J. Zahar (Eds), *Dicionário do pensamento social do século XX* (pp. 115-117). Brasil: Dinalivro.

WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, **41**, 1403-10.

ANEXOS

Anexo A

MESTRADO DE PSICOGERONTOLOGIA COMUNITÁRIA (6ª Edição)

Projeto "Satisfação de vida e apoio domiciliário em gerontes na comunidade"

ENTREVISTA APLICADA AOS GERONTES

Objetivo geral da entrevista: recolher informação institucional sobre o processo de adaptação ao apoio domiciliário.

Recolher dados sociodemográficos e estado de consciência do entrevistado

Orientação

- A) Como se chama? _____
- B) Idade _____ Data de nascimento _____
- C) Onde nasceu? _____
- D) Que dia é hoje? _____ Em que mês está? _____
- _____ Onde reside? _____
- É casado(a)? _____ Qual a data do seu casamento? _____
- tem filhos? _____ Quantos anos têm? _____
- E netos tem? _____ Quantos são? _____

Nível pré-mórbido

- A) Nome da professora primária _____
- B) Em que escola estudou? _____
- C) Qual o grau académico alcançado? _____ Quando? _____
- D) Qual foi/é a sua profissão? _____
- E) Há quando tempo desempenhou essa profissão? _____
- F) O que faz aos fins-de-semana? _____
- G) O que faz durante a semana? De manhã? _____ De tarde? _____ E à noite? _____
- H) Que coisas despertam o seu interesse? _____

A atitude do entrevistado face à sua situação

- A) Como se sente? _____
- B) Onde está agora? _____ Quando chegou cá? _____

- C) Qual o nome do seu médico assistente? _____
- D) Quem sou eu? _____ Conhecia-me anteriormente? _____
- E) Descontrola-se com facilidade? _____
- F) Pode realizar as suas tarefas habituais? _____
- G) Tem dificuldades específicas nele? _____
- H) Como é a sua vida familiar? _____

Principais queixas do entrevistado

Queixas subjetivas e espontâneas

- A) Como se sente? _____ Sente que alguma coisa está mal consigo? _____ Onde se localizam as suas queixas? _____
- B) Por vezes sente ansiedade? _____ Como é o seu sono normal? _____
- C) Sente demasiada fome? _____ E sede? _____
- D) Cuida da sua imagem pessoal? _____
- E) Toma banho quantas vezes por semana? _____
- F) Notou recentemente alguma mudança no seu comportamento sexual? _____

Apoio social

Redes de suporte informal – vizinhos e familiares

- A) Sente-se bem no sítio onde vive?_____ Sempre viveu aqui, ou onde vivia antes?_____
- B) Com quem vive?_____
- C) Que tipo de relação mantem com os vizinhos?_____
- D) Está satisfeito com as relações de vizinhança?_____

Isolamento social

- A) Quanto tempo passa sozinho por dia?_____
- B) Tem alguma pessoa com que sente que pode sempre desabafar/partilhar os seus problemas/recorrer numa situação de emergência?_____
- C) Costuma receber visitas?_____ Quem o visita?_____
- Com que frequência?_____

Relação de amizade

- A) Quem são os seus melhores amigos?_____
- B) Com quem gosta de estar?_____

Envelhecimento

Envelhecimento bem-sucedido

- A) O que é para si um envelhecimento bem-sucedido?

- B) O que acha que é preciso para se ter um envelhecimento bem-sucedido?

Saúde mental

Interferência da reforma na saúde mental

A) O que acha que pode fazer para promover a sua saúde mental?

B) De que forma é que acha que a reforma interfere na sua saúde mental?

Qualidade de vida

Interferência do apoio domiciliário na sua qualidade de vida

A) Pensa que após aderir ao apoio domiciliário adquiriu melhor qualidade de vida?

B) De que forma o apoio domiciliário interfere na sua qualidade de vida?

C) Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?

Apoio domiciliário bem-sucedido

A) Como foi a sua adaptação ao apoio domiciliário?

B) Como está a ser esta experiência?

C) Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?

Anexo B

MESTRADO DE PSICOGERONTOLOGIA COMUNITÁRIA (6ª Edição)

Projeto "Satisfação de vida e apoio domiciliário em gerontes na comunidade"

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

Adaptação do *Mental Health Inventory* (MHI) por Ribeiro (2001)

Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia-a-dia. Responda a cada uma delas assinalando, num dos quadrados por baixo, a resposta que melhor se aplica a si.

1. QUANTO FELIZ E SATISFEITO TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?

- ☐ Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita
- ☐ Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo
- ☐ Geralmente satisfeito e feliz
- ☐ Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz
- ☐ Geralmente insatisfeito, infeliz
- ☐ Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo

2. DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

3. COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência

- Quase nunca
- Nunca

4. DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

5. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA, NO DIA-A-DIA, ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

6. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

7. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência

- Quase nunca
- Nunca

8. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?

- Não, nunca
- Talvez um pouco
- Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso
- Sim, e fiquei um bocado preocupado
- Sim, e isso preocupa-me
- Sim, e estou muito preocupado com isso

9. SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?

- Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias
- Sim, muito deprimido quase todos os dias
- Sim, deprimido muitas vezes
- Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido
- Não, nunca me sinto deprimido

10. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte das vezes
- Algumas vezes
- Muito poucas vezes
- Nunca

11. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO, SE SENTIU MUITO NERVOSO?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo

- Quase nunca
- Nunca

12. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

13. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

14. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?

- Sim, completamente
- Sim, geralmente
- Sim, penso que sim
- Não muito bem
- Não e ando um pouco perturbado por isso
- Não, e ando muito perturbado por isso

15. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência

- Quase nunca
- Nunca

16. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

17. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

18. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

19. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo

- Quase nunca
- Nunca

20. COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

21. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

22. QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

23. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo

- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

24. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

25. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?

- Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia
- Muito incomodado
- Um pouco incomodado pelos meus nervos
- Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso
- Apenas de forma muito ligeira
- Nada incomodado

26. NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

27. DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente

- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

28. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?

- Sim, muitas vezes
- Sim, algumas vezes
- Sim, umas poucas de vezes
- Sim, uma vez
- Não, nunca

29. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO INQUIETO E IMPACIENTE?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

30. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

31. DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM-DISPOSTO?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo

- Quase nunca
- Nunca

32. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

33. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?

- Sim, extremamente, ao pouco de ficar doente ou quase
- Sim, muito
- Sim, um pouco
- Sim, o suficiente para me incomodar
- Sim, de forma muito ligeira
- Não. De maneira nenhuma

34. NO ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

35. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EM MANTER-SE CALMO?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca

- Nunca

36. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?

- Sempre
- Quase sempre
- Uma boa parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca acordo com a sensação de descansado

37. COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?

- Sempre, todos os dias
- Quase todos os dias
- Frequentemente
- Algumas vezes, mas normalmente não
- Quase nunca
- Nunca

38. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?

- Sim, quase a ultrapassar os meus limites
- Sim, muita pressão
- Sim, alguma, mais do que o costume
- Sim, alguma, como de costume
- Sim, um pouco
- Não, nenhuma

Anexo C

MESTRADO DE PSICOGERONTOLOGIA COMUNITÁRIA (6ª Edição)

Projeto "Satisfação de vida e apoio domiciliário em gerontes na comunidade"

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO - WHOQOL – OLD (adaptado de Faria (2000))

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

Q.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.2 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.3 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.4 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.5 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.6 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.7 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.8 O quanto você tem medo de morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.9 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

Q.10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua Vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspetos de sua vida nas duas últimas semanas.

Q.15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4)
Muito satisfeito (5)

Q.16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4)
Muito satisfeito (5)

Q.17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4)
Muito satisfeito (5)

Q.18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4)
Muito satisfeito (5)

Q.19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz (1) Infeliz (2) Nem feliz nem infeliz (3) Feliz (4) Muito feliz (5)

Q.20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim (1) Ruim (2) Nem ruim nem boa (3) Boa (4) Muito boa (5)

As seguintes questões referem-se a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

Q.21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Apêndices

Apêndice A

MESTRADO DE PSICOGERONTOLOGIA COMUNITÁRIA (6ª Edição)

Projeto "Satisfação de vida e apoio domiciliário em gerentes na comunidade"

Guião da entrevista aplicada aos gerentes

Objetivo geral da entrevista: recolher informação sobre a reforma, saúde mental e qualidade de vida dos gerentes no apoio domiciliário.

Tabela 1. Guião da entrevista aplicada aos gerentes.

Objetivo Específico	Dimensão	Sub-dimensão	Questões
Obter informação sobre os dados Sociodemográficos, estado consciência, saúde e bem-estar do entrevistado	Dados sociodemográficos e estado consciência do entrevistado	Orientação	Como se Chama? Idade? Data de Nascimento? Onde nasceu? Que dia é hoje? Em que data se celebra o natal? E o dia da Independência de Portugal? Qual é o dia do trabalhador? Onde reside? É casado? Qual a data do seu casamento? Em filhos? Quantos anos têm? E netos tem? Quantos são?
		Nível pré-mórbido	Nome da professora primária? Em que escola andou? Qual o grau académico alcançado? Quando? Qual foi a sua profissão? Há quanto tempo desempenhou essa função? O que faz aos fins-de-semana? O que faz durante a semana? De manhã? De tarde? E à noite? Que coisas despertam o seu interesse?
		Atitude do entrevistado face à sua situação	Como se sente? Onde está agora? Quando chegou cá? Qual o nome do seu médico assistente? Quem sou eu? Conhecia-me anteriormente? Descontrola-se com facilidade? Pode realizar bem as suas tarefas habituais? Como é a sua vida familiar?
	Principais queixas do entrevistado	Queixas subjetivas e espontâneas	Como se sente? Sente que alguma coisa está mal consigo? Onde se localizam as suas queixas? Por vezes sente ansiedade? Como é o seu sono normal? Sente demasiada fome? E sede? Cuida da sua imagem pessoal? Toma banho quantas vezes por semana? Notou recentemente alguma diferença no seu comportamento sexual?
	Apoio social	Redes de suporte social-vizinhos e familiares	Sente-se bem no sítio onde vive? Sempre viveu aqui ou onde vivia antes? Com quem vive? Que tipo de relação mantém com os seus vizinhos? Está satisfeito com as suas relações de vizinhança?
		Isolamento social	Quanto tempo passa sozinho por dia? Tem alguma pessoa com quem sente que pode partilhar os seus problemas? Costuma receber visitas? Quem o visita? Com que frequência?
		Relação de amizade	Quem são os seus melhores amigos? Com quem gosta de estar?
	Envelhecimento	Envelhecimento o bem-	O que é para si um envelhecimento bem-sucedido? O que acha que é preciso para se ter um envelhecimento bem-sucedido?

		sucedido	
--	--	----------	--

Tabela 2. Guião da entrevista aplicada aos gerontes (continuação).

Objetivo Especifico	Dimensão	Sub-dimensão	Questões
Compreender a interferência do processo da reforma na saúde mental	Saúde mental	Interferência do apoio domiciliário na sua qualidade de vida	O que acha que pode fazer para promover a sua saúde mental? De que forma é que acha que o apoio domiciliário interfere na sua saúde mental?
Compreender a interferência do processo da reforma na qualidade de vida	Qualidade de vida	Interferência do apoio domiciliário na sua qualidade de vida	Pensa que após aderir ao apoio domiciliário adquiriu melhor qualidade de vida? De que forma o apoio domiciliário interfere na sua qualidade de vida? Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?
Apoio domiciliário bem-sucedido			Como foi a sua adaptação ao apoio domiciliário? Como está a ser esta experiência? Há mais alguma informação ou sugestão que gostasse de referir?

Apêndice B



Termo de Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo que irei participar. Foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente participar neste trabalho de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador.

(A/O Participante)

(O Mestrando)

Francisco Xavier Martins Balancho